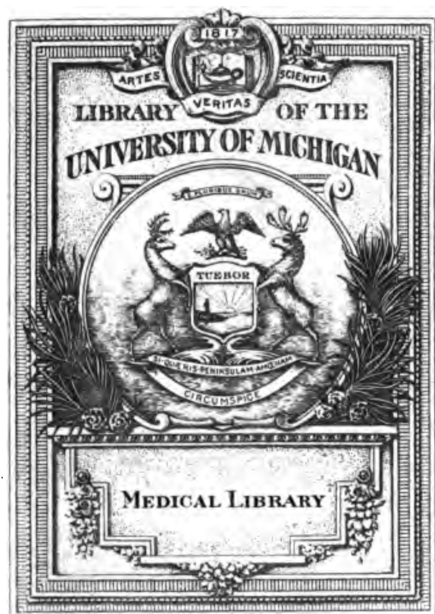

1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
MEDICAL LIBRAR


1817
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

RIVISTA SUI DISINFETTANTI E SULLE DISINFEZIONI

del dott. GIUSEPPE SORMANI

Professore d'Igiene nella R. Università di Pavia

VALLIN. — **Traité des désinfectants et de la désinfection.** (*Trattato sui disinfettanti e sulla disinfezione*). Un volume di 800 pagine con 27 figure nel testo. Parigi, Masson editore. 1883.

Per quanto numerose possano essere le pubblicazioni sui disinfettanti, mancava ancora nella letteratura medica un trattato che raccogliesse con ordine ed indirizzo moderno l'opera di tanti sperimentatori, ed offrisse agio allo studioso di stabilire quei confronti, che d'ordinario

riescono ben difficili, stante la nessuna uniformità dei metodi seguiti nel processo sperimentale. L'Autore non solo fa tesoro dell'opera altrui, ma arricchisce il lavoro con numerosissimi esperimenti propri.

È questa una delle più brillanti pagine dell'igiene moderna, sperimentale; e tanto più interessante, quanto più acquista importanza il nuovo indirizzo sulla eziologia e patogenesi delle malattie infeziose.

Per lungo tempo si confusero i disinfettanti coi deodoranti, oppure coi profumi. Nelle cerimonie religiose si abbruciavano profumi, nel concetto di purificare, mascherare odori cattivi, e forse anche di disinfettare. Ora per *disinfettanti* dovrebbersi intendere quelle sostanze, che sono capaci di neutralizzare i principii morbifici, i virus, i germi contagiosi, i miasmi, e di scomporre le sostanze fetide ed i gas che si sviluppano dalle materie in putrefazione.

Vallin classifica i disinfettanti in quattro categorie:

1.° Mezzi meccanici, che tolgono la sorgente od i prodotti dell'infezione, come la lavatura, la ventilazione, ecc.

2.° Mezzi assorbenti e deodoranti; come gli agenti che assorbono e fissano i prodotti della scomposizione.

3.° Antisettici, agenti che ritardano, sospendono od impediscono la decomposizione o la putrefazione.

4.° Antivirulenti, agenti che distruggono, neutralizzano i virus, i contagi, i germi morbosi, sì all'esterno come all'interno dell'organismo.

Dopo aver studiati partitamente i vari disinfettanti converrà studiare i vari processi della *disinfezione*, i quali variano secondo i casi seguenti:

1.° Disinfezione nosocomiale, ossia dei locali, malati, vestimenta, oggetti di letto, personale curante, ecc.

2.° Quarantene.

3.° Disinfezione veterinaria.

4.° Disinfezione delle sostanze alimentari.

5.° Disinfezione delle abitazioni private e collettive.

6.° Disinfezione industriale.

7.° Disinfezione municipale, dei mercati, macelli, strade, piazze, camere mortuarie, fogne, ecc.

8.° Disinfezione dei campi di battaglia.

L'opera dal Vallin così ricca di citazioni, di fatti sperimentali, di tabelle, di descrizioni d'apparecchi, ecc., sfugge alla possibilità d'una rivista. Dovrò accontentarmi di accennare sommariamente alle principali nozioni, e mi fermerò di preferenza sugli antivirulenti.

La rimozione diretta delle sostanze infettanti, per mezzo della ripulitura, lavatura e ventilazione, è facile a capirsi, ma in grazia della sua stessa semplicità spesse volte è un mezzo trascurato. Lavare le pareti ed il pavimento delle sale d'ospedale, lavare il corpo del vaioloso convalescente, lavare l'aria filtrandola attraverso l'ovatta, lavare il pulviscolo atmosferico col nefogene, ventilare gli ambienti, trasportare

fuori dall'ambiente abitato ogni sostanza in via di putrefazione, ripulire bene gli istromenti chirurgici, lavare le biancherie, ecc., tuttociò è consono al principio della nettezza, che è il più ovvio dei disinfettanti.

Sonvi disinfettanti, che si limitano ad assorbire per porosità od à fissare per azione chimica i gas fetidi che si sviluppano dai corpi organici in scomposizione. Sono piuttosto deodoranti od assorbenti. Questi si distinguono in assorbenti fisici e chimici. Fra i primi stanno il carbone, le polveri secche, la terra asciutta, la cenere, la torba, ecc. Fra i secondi stanno i sali metallici, la calce, il bismuto. Quasi tutti i sali aventi per base un metallo capace di formare collo zolfo un solfuro insolubile possono essere impiegati come disinfettanti di questa categoria.

Il solfato di ferro è il tipo di questi disinfettanti, perchè assorbe l'acido solfidrico e l'ammoniaca, formando solfuro di ferro e solfato d'ammoniaca, distruggendo così due dei prodotti gasosi delle fermentazioni organiche, i più molesti; ma i soli prodotti gasosi, per cui l'azione riesce incompleta. Di tutti i sali metallici il solfato di ferro è il prescelto, perchè il meno costoso. Il solfato di zinco, il percloruro di ferro, il cloruro di zinco, l'azotato di piombo sono sali che costano di più, senza avere maggior azione. Il cloruro di zinco però è anche un caustico ed un potente antisettico.

La calce viva toglie l'acqua ai corpi organici, fissa l'acido carbonico e l'acido fosforico, scompone l'idrogeno solforato formando solfuro di calcio. La calce spenta non si limita esclusivamente all'assorbimento dell'acido carbonico. ma anch'essa tende a fissare la sostanza organica combinandosi con quella, rende limpide le acque putride, arresta le fermentazioni, distrugge l'odore di acido solfidrico.

La terza categoria delle sostanze disinfettanti studiate dall' Autore è quella degli *antisettici*, intendendosi con tale titolo quelle sostanze, che impediscono la scomposizione d'una sostanza suscettibile di putrefarsi. Sonvi delle condizioni fisiche, che agiscono quali antisettici, per esempio, l'essiccamento o sottrazione dell'acqua, la sottrazione del calorico, l'ebollizione, la chiusura ermetica, e la filtrazione dell' aria per escluderne i germi. Queste condizioni sfavorevoli alla putrefazione in genere non fanno altro che sospenderla pel tempo in cui esse durano; ritornando il grado d'umidità o di temperatura voluto, riprende la sua attività il processo putrefattivo. L' essiccazione però in istrato sottile fa intervenire l'azione più diretta dell'ossigeno atmosferico, che è già per sè un agente attenuante e distruttore della virulenza. Il virus moccioso è per tal modo facilmente distrutto. Ma la linfa vaccinica, essiccata sulle punte d'avorio, non perde più rapidamente la sua attività, che conservata per via umida. Vaiolo, colera, scarlattina furono trasmessi da oggetti inquinati da lungo tempo e seccati. Non bisogna dunque contare molto sull'azione antivirulenta dell'essiccazione.

Il freddo sospende la putrefazione, e la virulenza del colera, della febbre gialla, della tifoide; ma non ha grande azione sugli altri virus. Se si potesse applicare all'uomo sarebbe rimedio sovrano contro la setticemia. Tédenat inoculò la setticemia ad 8 rane; ne mise 4 in acqua a + 25 e queste morirono, mise le altre in acqua a + 10 e sopravvissero. Son noti i lavori di Davaine relativi all'influenza della temperatura sul virus septicemico.

L'ebollizione e la chiusura ermetica costituiscono il metodo di conservazione degli alimenti di Appert. Si tratta di sterilizzare le sostanze putrescibili; indi si possono mettere a contatto dell'aria, ma filtrata. Non è l'ossigeno che induce la putrefazione, ma i germi, di cui Tyndall e Miquel hanno studiate le forme, il numero, le variazioni, e la natura. Indi le applicazioni delle medicature ovattate, dei respiratori ad ovatta, della filtrazione dell'aria che si vuol respirare con apparecchi pneumoterapici.

Fin qui si tratta di condizioni fisiche contrarie alla sepsi. Ma sonvi anche sostanze chimiche, le quali commiste a liquidi organici putrescibili, e tenuti in condizioni tali, ne impediscono il processo distruttore. Numerosissime esperienze furono eseguite per la ricerca dei migliori antisettici. Angus Smith riconobbe la virtù antisettica del cloro, bromo, iodio, acidi solforoso, nitroso e cloridrico, perchè immergendovi pezzetti di carne vide impedita ogni putrefazione. Ma è più pratico il cercare lo sviluppo del bacterio della putrefazione nei liquidi, mescolati a dosi precise e misurate degli ansisettici sperimentati.

Sperienze varie in questo senso furono eseguite da O'Nial, da Gosselin e Bergeron, da Bucholtz, da Kühn, da Jalan de la Croix, ecc. Quest'ultimo fece risaltare che *i bacteri della putrefazione, nati in differenti liquidi, presentano una differente resistenza al medesimo agente antisettico,* per modo che mentre basta una soluzione di 2 per mille d'acido fenico per arrestare lo sviluppo dei bacteri nati nell'infusione di tabacco, occorre una soluzione al 10 per mille onde distruggere la fermentazione della soluzione d'albumina. Seconda legge derivata da tali sperimenti è questa: *che la vitalità di una data specie di bacterio è più forte e più resistente nel suo menstruo originale, che non trasportato in altri liquidi di coltura artificiale, od in altri liquidi organici.*

Al bacterio dell'orina o del latte trasportati in liquidi di coltura ne è arrestata la moltiplicazione con una soluzione di sublimato diluita quattro volte di più di quella necessaria per arrestarla nel liquido originale. Altra legge ben nota è questa: che *i microrganismi sotto forma di spore sono molto più resistenti di quelli sotto forma di bacteri o di bacilli.* Ciò è ben noto per il carbonchio, le cui spore sono molto resistenti. Nell'infuso di tabacco mentre la soluzione di acido benzoico ad 1 su mille uccide i bacteri, occorre una concentrazione di 4 per mille onde uccidere le spore. Nuova condizione di cui deve tenersi conto

è pure questa: *Altro è impedire lo sviluppo dei microrganismi in un liquido putrescibile, ma ove non è ancora iniziato il processo putrefattivo, altro è arrestarlo o spegnerlo una volta iniziato*, e peggio quando siasi svolto rigogliosamente.

Jalan de la Croix mescolando raschiatura di carne ad acqua distillata, nella proporzione di 1 : 40, e cimentando questo liquido di coltura con soluzioni a diverso grado di concentrazione trovò che, per esempio, col sublimato corrosivo, la putrefazione è impedita dalla dose di 1 su 7 mila; mentre occorre 1:2500 per uccidere i bacteri in pieno sviluppo; così nel brodo, mentre 1 di sublimato su 25 mila di brodo lo sterilizza quando sia fresco ed esente da bacteri, occorre la dose di 1 di sublimato su 6 mila di brodo, ossia quattro volte di più, per ucciderne i bacteri in pieno sviluppo. Così l'alcool mentre è asettico alla dose di 5 per 0[0] non è antisettico che a quella di 25 per 0[0].

Messe le condizioni le meno favorevoli all'azione degli antisettici, si sarebbe trovato che i diversi agenti uccidono la virulenza delle spore in pieno sviluppo in sugo di carne cruda ed esposta liberamente all'aria, alle dosi seguenti, che trascrivo in cifre tonde, e per ordine di efficacia, dal più al meno:

Sublimato . .	1 parte	su	2500	del sugo	di carne	in putref.
Cloro . . .	»	»	1000	»	»	»
Iodio metallico .	»	»	875	»	»	»
Acetato d'allumina.	»	»	843	»	»	»
Essenza di senape.	»	»	478	»	»	»
Permang. di potassa.	»	»	343	»	»	»
Acido solforoso .	»	»	153	»	»	»
Acido solforico .	»	»	135	»	»	»
Boro-salicilato di soda.	»	»	77	»	»	»
Bromo . . .	»	»	72	»	»	»
Acido fenico . .	»	»	35	»	»	»

Il sublimato corrosivo è dunque il più potente dei parassiticidi; ma esso è anche un potentissimo veleno per gli animali superiori.

Perciò è usato più per via esterna che per via interna. Oramai è diventato il parassiticida prediletto per le affezioni parassitarie cutanee. È anche il migliore degli agenti utilizzati nella conservazione dei cadaveri, nella imbalsamazione. Bisogna aggiungere che il sublimato è anche l'antivirulento specifico pel virus sifilitico.

Il cloro è pure un disinfettante, ma forse ha maggiore azione come antivirulento. Ad ogni modo il prof. Vallin ritiene che le fumigazioni di cloro siano molto meno attive e più costose ed incomode che quelle di acido solforoso.

Fra i disinfettanti abbiamo alcuni composti di cloro; il cloruro di sodio, che in soluzione satura, o salamoja, serve a conservare molti alimenti; il cloruro di zinco, che è un buon disinfettante alla dose di 1

o 2 per 0|0 di acqua. È usato anche in chirurgia come antisettico alla dose di 5-10 per 0|0; e dai preparatori dei pezzi anatomici.

Il cloralio sciolto alla dose di 4 per 0|0 fu preconizzato come eccellente antisettico dal chimico Carlo Pavesi di Mortara. Dujardin-Beaumetz potè mantenere per oltre un mese un pezzo di carne immerso in soluzione di cloralio al 2 per 0|0 ed a temperatura di 38 gradi, senza il minimo svolgimento di putrefazione, nè essendosi verificate traccie di sviluppo di gas cloro. All' opposto il cloralio non impedisce la fermentazione del lievito di birra, del glucoso, dell'acido tartarico, ecc.

Gli acidi solforico, nitrico, cloridrico, ecc., sono eccellenti antisettici a diverso grado di concentrazione.

L'acido solforoso fu impiegato nella conservazione delle carni; è un potente antisettico.

L'acido arsenioso è antisettico, ma troppo velenoso, e non può trovare applicazioni in igiene.

L'acido borico ed il borato di soda o borace non sono nocivi all'organismo, se ne può fare uso interno di parecchi grammi per lungo tempo senza inconvenienti; e sono potenti antifermentativi mantenendo lungamente nei liquidi organici la reazione acida. Così prevengono a lungo la fermentazione dell'orina (anche in vescica), quella della birra, e delle diastasi in genere. L'azione dell'acido borico è più manifesta di quella de' suoi sali, così come avviene per l'acido salicilico in confronto dei salicilati. L' acido borico fa parte di molti liquidi (Herzen, Bizzarri, ecc.,) impiegati per la conservazione delle sostanze alimentari. In soluzione satura, cioè al 4 per 0|0 è impiegato in chirurgia con ottimi risultati, perchè è il meno irritante di tutti gli antisettici. L'acido borico ed i suoi composti, sui quali pubblicarono studi importantissimi anche autori italiani (Polli, Pavesi), è giudicato dal Vallin un antisettico di prim'ordine, atto a dare risultati considerevoli nel trattamento igienico delle affezioni esterne ed interne. Di alcuni eventuali pericoli per l'uso di esso discorse il prof. A. Corradi (« Ann. univ. di Med. » 1883, Vol. 266, p. 273).

L'acido acetico gode fin dall' antichità una fama alquanto usurpata; come usurpati furono gli onori di cui godette per tanto tempo l'aceto dei 4 ladroni.

L'acido fenico, poco solubile nell' acqua, è solubilissimo nell' alcool, nell'olio, nella glicerina. A certe dosi è caustico e velenoso, e colora in verde scuro le orine. Le leggiere soluzioni sono soltanto asettiche; antisettica è soltanto la soluzione al 5 per 0|0. Fu dimostrato inoltre che i microbi si addattano anche a vivere insieme coll' acido fenico, e dopo essere stati in silenzio per qualche giorno, nello stesso menstruo cominciano a ripullulare. Ricorda le sperienze di Perrin e Marty che videro putrefarsi facilmente liquidi organici mantenuti in mezzo a nebbia fenica al 5 per 0|0; onde si conclude che l'acido fenico ha usurpata anch' esso una parte della sua fama. È noto che Watson Cheyne, già

assistente di Lister, dimostrava colla coltura la vitalità dei microrganismi raccolti nel pus delle piaghe medicate coll'acido fenico. Schotte e Gärtner dimostrarono che per arrestare la putrefazione e la vita dei microrganismi in vasi od in stoffe sospese in vasto ambiente, occorre l'evaporazione per ebollizione di circa 15 gr. di acido fenico per metro cubo di spazio. La grossezza delle stoffe e dello strato liquido aumenta le difficoltà della disinfezione. Concludono che la disinfezione delle sale d'ospedale e dei bastimenti col mezzo dell'evaporazione dell'acido fenico non è sicura e sarebbe troppo costosa.

L'olio pesante di catrame, che distilla oltre i 200 gradi, è sostanza di pochissimo valore commerciale, ed ebbe eccellente applicazione nella disinfezione delle latrine e dei tubi di scarico.

Altri prodotti della distillazione del carbon fossile che godono di proprietà disinfettanti più o meno attive, più o meno studiate, sono il creosoto, il cresolo, la naftalina, la trementina, la benzina, ecc.

Il timolo, secondo le sperienze del dott. Paquet nel 1868 sarebbe un disinfettante più attivo del fenolo.

L'acido salicilico fu segnalato all'attenzione dei medici da Kolbe nel 1874. Però ottenne maggiore impiego nelle industrie, e specialmente nella conservazione delle sostanze alimentari (vino, birra, latte, burro, ecc.), che in chirurgia od in medicina. Si riconobbe che la sua influenza non è che temporanea, e che ad intervalli bisogna aggiungere nuove dosi dell'acido o del sale di soda; il che fu pure notato per l'acido fenico. Neubauer e Béchamp hanno osservato pei primi questo curioso fenomeno. La pochissima solubilità dell'acido salicilico nell'acqua (1 per mille) ne rende l'uso molto limitato. D'altra parte l'acido salicilico è un sternutatorio potente allo stato secco, ed irrita le fauci ed i bronchi. Ciò fece abbandonare l'uso del cotone salicilato in chirurgia.

Un'ordinanza del ministero francese nel 1881, sul parere del comitato consultivo d'igiene, proibiva in modo assoluto *la vendita di ogni sostanza alimentare liquida o solida, contenente una quantità qualunque di acido salicilico o di un salicilato.* Altri igienisti si limitarono a richiere, che gli alimenti conservati all'acido salicilico non possano esser messi in commercio senza speciale indicazione del suo uso.

L'essenza di Wintergreen od olio essenziale di *Gaultheria* non è altro che un etere metil-salicilico, e gode di proprietà disinfettanti simili. Ha gratissimo odore, ed è solubile nell'alcool.

L'eucaliptol od essenza d'*Eucalyptus* gode di proprietà antisettiche, perchè come l'essenza di trementina e le altre essenze gode della proprietà di generare l'ozono, o l'acqua ossigenata in presenza dell'acqua e della luce. L'azione dei raggi violetti favorisce questa reazione.

La resorcina antisettica alla dose di 1 per 0[0 può essere adoperata anche per via interna, perchè non è tossica se non a dosi elevate.

L'acido benzoico ed i benzoati alcalini, non sono tossici affatto, e sono buoni disinfettanti; l'acido benzoico alla soluzione del 2 per 0[0 è un antisettico sicuro e utilissimo nella terapeutica umana.

scuglio, mescolando ad una data quantità di virus moccioso, dieci volte tanto della soluzione detta, si distrugge la virulenza di tale agente. John Dougall dimostrò che i vapori di cloro distruggono prontamente il virus vaccinico, come in generale tutte le sostanze che dànno reazione acida alla linfa vaccinica. Baxter ha precisato che grammi 0,14 di cloro per 100 di linfa vaccinica non ne distruggono la virulenza, e 0,16 la distruggono; vale a dire circa il 2 per mille. Secondo Baxter una soluzione di cloro ad 1,5 per mille, distrugge la virulenza del microbo della setticemia.

Davaine dichiarava il iodio il più potente degli antisettici, e Jalan de la Croix trovava invece che il bromo lo supera poichè basta 1 di bromo su 5600 di brodo per impedirne la putrefazione, mentre occorre 1 di iodio su 2010 di brodo. Per sterilizzare i germi già nati occorre di ciascuno una parte su 850 del totale.

L'ossigeno, l'ozono, l'acqua ossigenata, ecc., sono potenti ossidanti secondo le circostanze, ed è noto la virtù attenuante dell'ossigeno, ed antivirulenta dell'ozono. Il permanganato di potassa agisce per il suo potere ossidante; è leggiermente caustico alla dose dell'8 per 0[0 e può essere usato per via interna fino alla quantità di 1 grammo al giorno; il Condy ne esaltò le proprietà sue per disinfettare l'aria e l'acqua; ma ha l'inconveniente grave che la sua azione è di troppo breve durata per la gran facilità di scomporsi.

L'acido fenico in soluzione al 2 per 0[0 distrugge la virulenza del moccio, all'1 per 0[0 quella del carbonchio; il vaccino secco esposto ai vapori d'acido fenico perde la sua inoculabilità in 30 minuti.

Essendoci molto estesi sulla prima parte dell'opera di Vallin, dovremo toccare con maggiore brevità della parte seconda, che tratta in particolare della *disinfezione*. Passerò sopra la disinfezione delle ferite e delle piaghe, come argomento di spettanza della chirurgia; e sulla disinfezione interna del malato, come indirizzo moderno nella terapeutica delle malattie infettive, argomento di spettanza medica.

La disinfezione dell'orina può ottenersi già entro l'organismo propinando acido benzoico, trementina, acido borico od acido salicilico per via gastrica, o le iniezioni in vescica di soluzione satura (4 per 0[0) di acido borico. Il deodorante delle feci più attivo è il cloruro di zinco alla dose da 1 a 5 per cento d'acqua; alla dose di 5 per 0[0 è anche un potente disinfettante. Le deiezioni della febbre tifoide, della dissenteria e del colera devono essere disinfettate e neutralizzate nei vasi mediante soluzioni d'acido solforico, o d'acido cloridrico al 5 per 0[0, ma questi acidi intaccano i metalli; epperò in molti casi si preferirà la soluzione di cloruro di zinco.

Serve bene per le latrine l'olio pesante di catrame, di cui si mescolano 100 grammi ad 1 litro d'acqua, da versarsi ogni giorno nel gabinetto. I vasi da notte, che spesso esalano odore ammoniacale, specialmente se ricevono orine di affetti da catarro vescicale, e se la loro ri-

pulitura sia così incompleta da lasciare sempre nel vaso traccie del fermento ammoniacale, si disinfettano bene con soluzione d'acido cloridrico al 10 per 0[0, ed i comodini abbruciandovi entro 5 gr. di fiori di zolfo.

I locali infetti, ma non abitati, possono disinfettarsi coi vapori di acido solforoso, la raschiatura e lavatura delle pareti e del pavimento, il distacco della tappezzeria, la polverizzazione di soluzione fenica, la lavatura o verniciatura con latte di calce addizionato di acido borico (1 per 0[0). Le fumigazioni con zolfo si fanno di preferenza con fiori di zolfo, distribuiti in diversi focolai in diversi punti della sala; questi si accenderanno su pale di metallo, larghe ed a bordi poco rialzati. Per eseguir bene l'operazione conviene versare poco alcool su ciascun mucchietto di fiori di zolfo, ed accendere questi rapidamente, per uscire tosto dalla sala. Le fessure delle porte e delle finestre devono essere prima ben turate con striscie di carta adesevi con colla. Nel locale si sarebbe potuto svolgere poco prima abbondante vapor acqueo, che inumidisce i muri, e fissa maggiormente l'acido solforoso. Dopo 24-48 ore si spalancano le aperture con precauzione, e si lasciano aperte per altrettanto tempo. Qualche volta l'odore d'acido solforoso persistente in una camera genera nausea alle persone delicate.

Si può ottenere buona disinfezione delle pareti, anche di legno (per esempio, nei bastimenti e nelle baracche) col mezzo del *flambage*, secondo il processo Lapparent; o col proiettare contro le pareti un getto di aria infuocata.

La ventilazione degli ambienti occupati, la nettezza scrupolosa, la lavatura del pavimento e delle pareti, la rimozione delle deiezioni e delle escrezioni, anche polverulente, ecc., sono mezzi per assicurare la purezza dell'ambiente anche nelle camere abitate dai malati. Si può depurare od ozonizzare l'atmosfera, svolgendovi vapori di essenza di Wintergreen, di timolo, di dimetilresorcina, di etere nitroso, di eucaliptolo, di olio essenziale di caieput, ecc. L'etere nitroso od azotito di etile si svolge mescolando 40 grammi d'alcool con 10 d'acido nitrico, lentamente aggiunto in un largo piatto. Le essenze più ozonizzanti sono quella di bergamotto, poi quella di trementina.

Si fabbricano anche candele stearlche commiste a fiori di zolfo, che svolgono lenti e continui vapori d'acido solforoso.

La disinfezione degli abiti, delle biancherie, delle coperte e materassi, e di altri oggetti di stoffa si fa specialmente col mezzo del calore umido in apposite stufe con riscaldamento a 100 110 gradi.

Anche il personale medico e degli infermieri dev'essere disinfettato; chirurghi ed ostetrici già lo sanno; i medici ancora non sono impressionati della frequenza con cui essi diventano veicolo di contagi. La prescrizione di un abito razionale di servizio, la prudenza nei contatti, la lavatura delle mani, la disinfezione co' vapori di cloro o d'acido solforoso in apposita cameretta, le maschere filtranti, ecc., sono mezzi utili, ma che non danno una sicurezza completa.

I malati affetti da febbri eruttive, o quelli che si insudiciano la cute e gli abiti con germi specifici, devono essere disinfettati, anche se guariti, prima di essere ammessi alla libera pratica; quindi eseguiranno bagni alcalini, indi bagni disinfettanti con soluzioni d'acido borico 2 per 0|0, o benzoico 1 per mille.

Gli stracci, fra gli oggetti commerciabili, e spesso trasportati anche dall'estero, sono i più sospetti, e dovrebbero essere permanentemente assoggettati a disinfezione, con fumigazioni d'acido solforoso, o con stufe Herscher di grandissime dimensioni, per esempio, 100 metri cubi, divise orizzontalmente da tramezzi per moltiplicarne la superficie. Similmente si disinfetteranno le lane, i crini, le pelli.

In Inghilterra si teme anche l'infezione per mezzo di lettera; i plichi postali un tempo si disinfettavano esponendoli ai vapori dell'aceto gettato su una lastra rovente. Mezzi illusori.

L'Autore si estende quindi a parlare della disinfezione dei bastimenti, della disinfezione veterinaria, sulla disinfezione degli alimenti e delle bevande, sulla disinfezione dei dormitoi e delle camerate, delle fogne e delle latrine, delle acque industriali e dei porti di mare, delle camere mortuarie, cimiteri, macelli e campi di battaglia.

Perroncito. — **Sull'azione dei disinfettanti ed altre annotazioni sul carbonchio.** Torino, 1883.

Incaricato di studiare i mezzi per disinfettare i carri ferroviari del bestiame, specialmente dal punto di vista della profilassi del carbonchio, il prof. Perroncito fin dal 1881 proponeva a tale scopo una soluzione di acido solforico nell'acqua al 5 per 0|0. Ma le amministrazioni ferroviarie nel fondato timore che tale soluzione deteriori il materiale (legno, ferro, ecc.), non accettarono quella proposta, la quale venne anche abbandonata per il fatto che da ulteriori esperienze risultava la soluzione anzidetta distruggere bensì la virulenza dei bacilli ma non quella delle spore, onde la disinfezione sarebbe riescita incompleta.

Nuove esperienze furono intraprese col vapor acqueo a temperatura di 100 e più gradi, sviluppato con macchine alla pressione di 9 atmosfere. Con tale mezzo il vapore esce a 175 centigradi, ma siccome prestissimo si raffredda, così verrebbe a contatto col legno ad una temperatura di poco superiore ai 100 gradi, sufficiente quindi per le disinfezioni. Ma questo mezzo sarebbe troppo costoso, e richiederebbe troppo tempo e numeroso personale impiegato. I vapori di cloro, pure suggeriti all'uopo, lasciano in dubbio sulla loro efficacia quando non siano svolti per molte ore contro le pareti dei carri infetti, il che fa perdere un tempo prezioso per l'impiego dei veicoli, ed espone il personale a respirare gas irritanti. Simile cosa può dirsi per altri gas, quali, per esempio, l'acido solforoso, o l'iponitrico.

Il prof. Perroncito eseguiva quindi esperimenti speciali diretti alla

ricerca del migliore e più attivo disinfettante, dirigendo i suoi studi specialmente sui bacilli e sulle spore del bacillus anthracis.

In una lunga serie di esperimenti osservò:

a) Che le soluzioni al 5-10-20 per 0[0 di cloruro di sodio non danneggiano nè le spore nè i bacilli del carbonchio, anzi i bacilli vi sporificano ottimamente in una soluzione al 5-10 per 0[0.

b) Le soluzioni d'acido fenico all' 1 per 0[0 distruggono la virulenza dei bacilli, mentre le spore resistono alla soluzione fenica al 10 per 0[0. Il liquido virulento od il liquido antisettico sono mescolati in parti eguali, ciò che rende il grado di concentrazione del disinfettante eguale alla metà del suo titolo primitivo.

c) Le spore del carbonchio resistono alla soluzione acquosa satura a caldo di acido salicilico, ed alla soluzione alcoolica al 50 per 0[0. I bacilli muoiono nella soluzione satura a freddo dopo 15 minuti.

d) Il fenato di soda al 3-5 per 0[0 uccide i bacilli e lascia intatte le spore.

e) La soluzione satura acquosa od alcoolica di timolo uccide i bacilli, ma non le spore.

f) Il cloro gasoso, anche dopo 7 ore di azione, non assicura una disinfezione completa; ma l'acqua di cloro uccide i bacilli carbonchiosi in 5 minuti primi, e le spore in un'ora e mezza. Ma l'acqua di cloro per tale uso dev'essere preparata di fresco e ben conservata. Giova a tale scopo il metodo consigliato dal Vitali; cioè stemperare 3 chilogr. di cloruro di calce in 100 litri di acqua comune; indi aggiungervi 6 litri di una soluzione di acido solforico (1 d'acido e 5 di acqua). Si forma solfato di calce che precipita, e si ha svolgimento di cloro che si scioglie nell'acqua.

g) Il bromo distrugge il virus carbonchioso, meglio sotto forma liquida che gasosa, e tanto più presto (2 ore circa), quanto più sottile è lo strato della sostanza virulenta secca. Però non si consiglia il vapore di bromo, ma la sua soluzione acquosa.

h) L'anidride solforosa uccide i bacteri in meno di 20 minuti, ma non è mezzo conveniente per disinfettare le spore, perche queste anche dopo 50 ore di esposizione al gas uccisero le cavie per carbonchio.

i) La soluzione satura di permanganato di potassa (5 per 0[0) non neutralizzò le spore nemmeno in 52 ore.

k) Le spore di carbonchio tenute per 8 giorni nella soluzione di solfofenato di zinco non perdettero punto della loro virulenza.

l) L'acido solforico diluito all' 1 per 0[0, misto in parti eguali ai liquidi carbonchiosi, distrugge la virulenza dei bacilli in meno di 15 minuti; mentre le spore resistettero per oltre 7 giorni in una soluzione al 5 per 0[0; e per oltre 17 ore in soluzione al 15 per 0[0. La virulenza delle spore fu neutralizzata dalla soluzione al 5 per 0[0 rimasta in contatta per 11 giorni.

m) Il solfato di ferro sciolto al 4 per 0[0 lasciava ancora vive le

spore al 6.° giorno. Il solfato di rame al 20 per 0[0 le lasciava ancora virulenti al 4.° giorno; il solfato di zinco al 4 per 0[0 le rispettava almeno per 13 giorni.

n) La soluzione d'acido pirogallico al 4 per 0[0 lasciava inalterate le spore dopo 6 giorni di contatto.

o) Numerosissime le esperienze eseguite con soluzioni all'1 per cento ed all'1 per mille di sublimato corrosivo, e con diluzioni maggiori. La soluzione al 5 per 0[0 avvelena la cavie; la soluzione al 2 per 0[0 uccide le spore del bacillus anthracis in meno di 20 minuti; nella proporzione del 4 per mille le uccide in meno di 35 minuti; all'1 per mille in circa un'ora; al 2 per mille in due ore; alla dose di 1 su 5 mila non le uccide nemmeno dopo 10 giorni di mescolanza; ad 1 su 6 mila, richiedonsi da 80 a 90 giorni di tempo per neutralizzarle; ad 1 su 10 mila non le uccide nemmeno dopo 9 mesi.

p) La glicerina non distrugge la virulenza dei bacilli che dopo alcuni giorni d'immersione; ma le spore resistettero anche più di 14 mesi, e forse indefinitamente.

q) Le soluzioni di potassa e d'ammoniaca devono essere ad un relativo grado di concentrazione e durare la loro azione per molti giorni prima di togliere la virulenza delle spore. Lo stesso può dirsi della soluzione d'acido picrico.

r) Il bicloridrato di chinina, e l'acido acetico glaciale in pochi minuti uccidono i bacilli. Ma le spore resistettero all'immersione per 87 e più giorni in acido acetico.

s) L'alcool assoluto o commerciale uccide i bacilli in meno di 5 minuti, ma le spore immerse nell'alcool assoluto, uccisero le cavie anche dopo 124 giorni.

t) L'essenza di garofani non uccise le spore neppure dopo 20 giorni d'immersione; nè il solfuro di carbonio dopo 49 giorni.

u) Il cloruro di zinco, soluzione satura, uccide i bacilli in pochi minuti; ma le spore resistono più di sei giorni.

v) I solfiti di soda e di magnesia, e la pellagrozeina, non si mostrarono efficaci.

Il prof. Perroncito dal risultato degli esperimenti eseguiti, concludeva raccomandando l'acqua di cloro, preparata di fresco, come il migliore disinfettante per il carbonchio, oppure il vapor acqueo alla temperatura di oltre 100 gradi.

MIQUEL. — **Antiseptiques et bactéries.** (*Antisettici e bacteri*). In: *Semaine médicale*. août, 1883.

L'Autore eseguì i suoi esperimenti ricercando il peso minimo di sostanze antisettiche capaci di rendere imputrescibile un litro di brodo di bue. Dalle pazienti e numerose indagini eseguite raccolse come sintesi la seguente tabella:

Bioduro di mercurio	gr.	0,025	Permang. di potassa	gr.	3,50
Joduro d'argento	»	0,03	Anilina	»	4,00
Acqua ossigenata	»	0,05	Allume	»	4,50
Bicloruro di mercurio	»	0,07	Tannino	»	4,80
Nitrato d'argento	»	0,13	Solfidrato di sodio	»	5,00
Acido osmico	»	0,15	Acido arsenioso	»	6,00
Acido cromico	»	0,20	Acido borico	»	7,50
Jodio	»	0,25	Idrato di cloralio	»	9,50
Cloro gazoso	»	0,25	Salicilato di soda	»	10,00
Acido cianidrico	»	0,40	Solf. di protossido di ferro	»	11,00
Bromo	»	0,60	Alcool amilico	»	14,00
Cloroformio	»	0,80	Etere solforico	»	22,00
Solfato di rame	»	0,90	Alcool butilico	»	35,00
Acido salicilico	»	1,00	Alcool propilico	»	60,00
Acido benzoico	»	1,10	Borace	»	70,00
Cromato di potassa	»	1,30	Alcool etilico	»	95,00
Acido picrico	»	1,30	Solfocianuro di potassio	»	120,00
Cloruro di piombo	»	2,10	Joduro di potassio	»	140,00
Acidi minerali da	»	2 a 3	Prussiato di potassa	»	185,00
Essenza di mirbane	»	2,60	Glicerina	»	225,00
Ess. di mandorle amare	»	3,20	Urea	»	260,00
Acido fenico	»	3,20	Iposolfito di soda	»	275,00

Se questi risultati differiscono assai da quelli ottenuti da Buchholtz, Jalan de la Croix, ecc., egli è che l'azione dei disinfettanti varia molto secondo la natura del liquido di coltura nel quale sono nati o furono trapiantati i microrganismi. Ond'è che le sperienze non sono vere che per quel microrganismo posto in quelle stesse condizioni e non è lecito trarre induzioni per analogia.

Miquel segnala ancora i cloruri d'oro, di platino, di palladio, ecc., il cui potere antisettico rivaleggia con quello del cloro e iodio liberi.

L'iposolfito di soda non solo ha scarso potere antisettico, ma possiede la curiosa proprietà di attenuare considerevolmente il potere disinfettante di alcuni potenti disinfettanti metallici, per esempio, del joduro d'argento.

Le essenze di trementina, di lavanda, di anice, di wintergreen, non fanno alcun ostacolo alla putrefazione dei liquidi animali, anzi al microscopio si vedono i bacteri passare vivaci in mezzo alle sferule insolubili delle essenze emulsionate nelle infusioni che si pretendeva di disinfettare.

La naftalina e gli idrocarburi della serie aromatica restano pure egualmente inerti o quasi, in ragione della loro insolubilità.

I risultati ottenuti da Miquel non sono applicabili che ai bacteri adulti, poichè le dosi indicate sono affatto insufficienti a distruggere le spore. È specialmente per dimostrare questa differenza di resistenza,

che Jalan de la Croix si è sottoposto al suo enorme lavoro sperimentale.

Miquel ricorda che l'azione sporicida è incompatibile colla volatilità (cloroformio, acido fenico), colla alterabilità (ipocloriti alcalini), e colla saturabilità dei corpi chimici disinfettanti fatta dagli alcali dell'organismo (jodio-joduro di potassio, ecc.). In queste condizioni siffatti agenti perdono rapidamente la loro efficacia. Bisogna quindi ricercare dei composti stabili, la cui azione sia permanente e durevole; o certi corpi pure volatili, ma che godono, come il cloro, il bromo, il jodio, la proprietà di modificare rapidamente la materia organica, renderla inassimilabile ai bacteri, i quali per tal modo verrebbero a morir di fame in poco tempo.

I sali d'argento e di mercurio (alla dose anche di 1 su diecimila) vengono in prima linea fra gli sporicidi.

Il solfato di rame dev'essere in soluzione satura (25 per 0[0); mentre l'acido fenico cristallizzato, in soluzione alcoolica al 50 per 0[0 non distrugge i germi neppure dopo 5 giorni a temperatura di + 30.

Fra i principali sporicidi l'Autore pone il bromo, il cloro, il jodio, il mercurio, l'argento, e gli acidi minerali. In tempo di epidemia consiglia la seguente soluzione per disinfettare le feci o le materie reiette per vomito:

Solfato di rame	20 grammi
Acido solforico a 66	40 »
Acqua comune	1000 »

Mezzo litro di questa soluzione per un chilogrammo di immondizie da riceversi possibilmente in vaso di terra verniciata.

Biancherie e vestimenta dovranno tenersi immerse in una soluzione di bicloruro di mercurio nella proporzione di 10 centigrammi per litro. Lavare il pavimento od ungere tutte le parti toccate dalle deiezioni, con glicerina satura di sublimato corrosivo. Lavare il corpo del malato con soluzione di iodio all'1 per mille o di sublimato all'uno per cinque mila.

Miquel sconsiglia l'uso della stufa, poichè il calore secco a + 150 è sempre fatale alle fibre vegetali. Nè trovò vantaggiose le fumigazioni all'acido solforoso, poichè i germi dell'atmosfera si conservarono fecondi dopo esser stati per 15 giorni in contatto di quel gas. Per lo contrario i vapori di cloro, di bromo, di jodio, di acido cloridrico, ed iponitrico, uccidono i microbi aerei i più resistenti, alla dose di 5 gr. per metro cubo, ma danneggiando i tessuti coi quali vengono a contatto.

Per quanto il Miquel non si trovi d'accordo con altri osservatori, ed occorrano nuove indagini, bisogna però riconoscere che in questo indirizzo sta l'avvenire dell'igiene scientifica e veramente sperimentale.

Merke. — **Ueber Desinfections Apparate und Desinfections Versuche.** (*Apparecchi disinfettanti e ricerche sulla disinfezione*). In: *Vierteljahr. f. gerichtl. Medicin u. öffentliches Sanitätswesen*, 1882.

Vallin. — **Les nouvelles étuves a désinfection.** (*Le nuove stufe per la disinfezione*). In: *Rev. d'Hyg.* dec. 1883.

Gli studi più precisi sulle stufe per la disinfezione furono eseguiti dal dott. Koch all'ospedale Moabit. Col primo modello di stufa, scaldata a sola aria calda la disinfezione era più difficile ad ottenersi e si doveva portare la temperatura ad un grado più elevato e per un tempo più lungo.

Koch provò che il calore secco elevato per due ore tra + 110 e + 123 distrugge certamente la vitalità delle spore del penicillium glaucum, del micrococcus prodigiosus, del sangue settico dei conigli e sorci, ed in generale di tutti i microrganismi adulti, ma che la resistenza delle spore era straordinaria.

Infatti operando con spore di carbonchio sia recenti, sia seccate, con spore di bacillo del fieno, con spore di terriccio vegetale, si tennero per un'ora nella stufa; dopo estratta la scatola si trovò che i termometri a maximum segnavano da + 140 a + 149 C. Tuttavia queste spore coltivate dimostrarono piena vitalità.

Non solamente l'aria secca non assicura la distruzione dei germi, ma il calore secco penetra più difficilmente nel centro degli oggetti voluminosi, sia perchè la capacità dell'aria per il calorico è molto debole ed anche perchè l'aria quanto più è secca, tanto più è cattiva conduttrice del calorico.

Koch fece collocare un involto di coperte di lana in una stufa al calor secco di + 132 a + 160 C. Diversi termometri furono collocati nelle diverse piegature delle coperte, e nel centro dell'involto, che misurava oltre un metro di circonferenza. Dopo 4 ore i termometri situati meno profondamente segnavano circa 95, il più centrale solamente + 70. Nel centro del pacco eravi del sangue carbonchioso, che inoculato ad un topo lo fece morire il giorno seguente.

La conclusione di Koch è questa, che non si deve far uso di stufe ad aria secca e calda, perchè questo metodo è incerto anzi inefficace per una completa disinfezione, la quale non si ottiene neppure spingendo la temperatura ad un grado tale da danneggiare gli oggetti esposti.

Intraprese nuove esperienze, il Koch, co' suoi inseparabili aiuti Gaffky a Loeffler, venne a dimostrare che l'esposizione diretta per 10-15 minuti al vapor acqueo che segna 100 C. basta a distruggere la vitalità di quasi tutti i microrganismi, comprese le spore antiche e secche del sangue carbonchioso, le spore della terra di giardino, che, secondo le sperienze di Tyndall, hanno la più grande resistenza al calore. Queste spore non sono distrutte dall' esposizione per 4 ore nell' aria secca a + 150 C. Praticamente converrà continuare alquanto più tempo l'azione del vapor acqueo a + 100 per assicurare la sua efficacia anche nella

parte centrale dei materassi, o degli involti, e perciò si continuerà per circa un'ora; essendo certi di avere così ottenuta una disinfezione completa ed assoluta. Inoltre il vapor acqueo gode di grande capacità per il calorico, e di grande conducibilità per lo stesso.

Koch nella nuova stufa dello spedale Moabit, avendo messo un termometro a maximum nel centro di un grande involto formato da 19 coperte, vi riscontrò la temperatura di + 101 in capo ad un'ora, essendo quella dell'ambiente della stufa + 108.

Koch formulò la conclusione seguente: Ovunque si possa impiegare il calore come mezzo di disinfezione, bisogna preferire a tutti gli altri processi l'impiego diretto del vapor acqueo.

Quando le pareti della stufa sono ancora fredde, il vapore che si sprigiona a + 100 discende tosto di parecchi gradi, e la sua azione riesce incompleta.

Il Koch ideò quindi di far sprigionare vapore a temperatura più elevata, sottoponendo all'ebollizione delle soluzioni saline concentrate, per esempio, quella di cloruro di calcio, che bolle a + 116, e sviluppa vapore che ha la temperatura di + 111,2; l'ambiente chiuso della stufa guadagna presto i + 105, ed un termometro nel centro di un pacco segnava + 102.

Merke, direttore dell'ospedale Moabit diede la descrizione della nuova stufa per disinfezioni introdottavi, nella quale la parte attiva è riservata specialmente al vapor acqueo a + 100. Le dimensioni esterne sono: lungh. m. 2,30; largh. m. 1,42; alt. m. 2,12; la capacità interna è di m. c. 6 e 1|2. Un carro di ferro mobile su rotaie, serve ad introdurre e ad estrarre gli effetti, comprese le materassa.

Perchè l'umidità del vapore non si condensi nelle stoffe o sugli oggetti si raccomanda di scaldare prima questi a sola aria calda fino presso ai cento gradi, indi svolgere il vapore per 40-50 minuti, indi di nuovo lasciare gli oggetti nella sola aria calda per 20 minuti affinchè si asciughino bene. Si aprono sul finire interamente gli orifici di ventilazione. In questo modo l'operazione della disinfezione riesce ad un tempo più rapida, meno costosa e più sicura.

Reichardt. — **Disinfection und desinfecirende Mittels.** Jena. 1881. (*Disinfezione e mezzi disinfettanti.* Traduz. it. del dottor Dario Gibertini. Parma 1883).

È un' opera pubblicata la prima volta nel 1867, e ripubblicata ad istanza dell' Editore. Sonvi nuove aggiunte, ma in complesso si risente del tempo in cui fu compilata, per quanto il traduttore abbia fatto del suo meglio per ringiovanirla.

Una gran parte dell'opera si riferisce alle latrine, alle fogne, ai vari metodi di rimozione delle immondizie, all' utilizzazione delle acque di fogna nella irrigazione e come sostanza fertilizzante, al sistema delle fosse mobili, ed a quello pneumatico del Liernur; alle migliori sostanze

e procedimenti più raccomandabili per disinfettare le acque putride o le acque industriali, e le masse fecali.

Ma quando parla di *disinfezione* nelle malattie contagiose, l'Autore si restringe entro troppo brevi confini. Egli riconosce giustamente che questi disinfettanti devono specialmente riferirsi al modo di comportarsi dei microrganismi patogeni, ma poi non riporta osservazioni proprie od eseguite da altri con tale indirizzo, e si limita a suggerire i soliti mezzi comuni, vale a dire la distruzione della sostanza infetta, quando sia possibile, indi i disinfettanti chimici quali l'acido solforico, il cloro, il permanganato di potassa, gli acidi ed alcali ad un certo grado di concentrazione, la calce, ed il calore secco od umido.

Per ultimo espone i mezzi per la conservazione degli alimenti consigliando, contro il parere degli igienisti, l'uso dell'acido salicilico per il vino, la birra, ecc.

JALAN DE LA CROIX. — **Das Verhalten der Bakterien des Fleischwassers gegen einige Antiseptica.** (*Modo di comportarsi dei bacteri del sugo di carne trattati con taluni antisettici*). In: *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm.* Band XIII. Heft, 3-4, pag. 175.

L'Autore fece uso di sugo di carne talora bollito e tal'altra crudo, come mezzo di studio, e ne mise in provette, turate con cotone, una quantità misurata, che mise sempre in rapporto coll'antisettico introdottovi. Cercò la quantità approssimativa di questo, necessaria per impedire lo sviluppo dei bacteri della putrefazione, o di arrestar questa una volta sviluppata.

L'Autore ci offre il risultato delle sue ricerche con una esposizione che si presta poco alla chiarezza; poichè ritiene come termine fisso l'unità di quantità del disinfettante, e fa variare la impiegata quantità di liquido disinfettato; mentre sarebbe stato ben più chiaro se avesse esposto i risultati delle variabili quantità di antisettici per una data quantità di liquido fermentiscibile. Una parte di sublimato, per esempio, impedisce lo sviluppo dei bacteri in 7168 parti di sugo di carne, e lo arresta, una volta sviluppato, in 2525 parti di sugo.

Per abbreviare esporrò i risultati in tre colonne, mettendo nella prima il nome dell'antisettico, di cui s'intende sempre *una parte*; nella seconda su quante parti di sugo di carne sviluppi virtù *asettica*, cioè prevenga la fermentazione putrida; e nella terza su quanto sviluppi virtù *antisettica*, cioè sospenda la fermentazione una volta sviluppata.

	(*Asettico*)	(*Antisettico*)
Acido salicilico	1121	343
Acetato d'allumina	6310	474
Salicilo-borato di soda . . .	72	30
Biborato di soda	107	62
Alcool	21	2

	(*Asettico*)	(*Antisettico*)
Cloroformio	89	—
Acido fenico	669	22
Ipoclorito di calce	11,135	488
Thymol	109	20
Acido solforico	2009	190
Olio etereo di senape . . .	3353	220
Eucalyptol	116	1
Acido solforoso	2020	205
Acido benzoico	2867	50
Acido picrico	2005	706
Cloro	30,208	4911
Bromo	6308	766
Jodio	5020	410
Permanganato di potassa . . .	1001	100

L'Autore distingue i fermenti figurati da quelli non figurati; i primi sono i microrganismi, i secondi sarebbero sostanze chimiche di natura pressochè ancora ignota. Egli si fa la domanda se i fermenti non figurati precedano o seguano l'apparizione dei microbi. Certi agenti antisettici sembrano agire piuttosto sugli uni che sugli altri.

L'acetato d'allumina, il timolo, l'olio etereo di senape si mostrarono senza azione sui fermenti non figurati.

È molto probabile che i diversi microbi della putrefazione reagiscano in modo differente ai diversi antisettici.

Richer. — **De la désinfection de l'urine par l'acide chlorhydrique.** (*Disinfezione dell'orina coll'acido cloridrico*). In: *Compte rendu de la Société de Biologie*, 2 Juin, 1883.

L'acido cloridrico impedisce la fermentazione ammoniacale dell'orina. Basta uno o due grammi per litro ad ottenere che l'orina non fermenti per quindici o venti giorni anche esposta liberamente all'aria. Vallin ha già tratto profitto da questa cognizione per disinfettare con soluzione di acido cloridrico gli orinatoi ed i vasi da notte dell'ospedale di Val-de-Grâce. Guyon tentò l'iniezione in vescica di soluzioni allungatissime di acido cloridrico per impedirvi la fermentazione ammoniacale, ma il risultato non fu soddisfacente, essendo riescita meglio la soluzione di sublimato all'uno per mille.

Dubuiadoux. — **De l'antisepticité de l'Jode en présence des matières albuminoides.** (*Il iodio come antisettico in presenza delle sostanze albuminoidi*). In: *Gazette hebdomadaire*. Juin, 1883.

Sono noti gli importanti studi di Davaine che ottenne la neutralizzazione dei virus con dosi minime di jodio; e le esperienze di Chipault che riesce a curare la pustola carbonchiosa colle iniezioni ipoder-

miche di jodio. L'Autore avendo mescolato jodio all'albumina nella proporzione di 1|80 e di 1|200 vide che nel primo caso comparvero i vibrioni della putrefazione nella settima giornata e nel secondo caso nella terza.

In una soluzione albuminosa in piena putrefazione, una piccolissima quantità di iodio arresta il movimento dei bacteri, ma nel giorno seguente questi di nuovo si vedono oscillanti. L'Autore ha potuto riconoscere che questo metalloide si combina colle materie albuminoidi (albumina, caseina, mucina, materia proteica delle cellule, ecc.,) e forma con queste un composto stabile, che non ha più alcuna proprietà antisettica. Volendo adunque impiegare questo corpo come antisettico, bisognerà ricordare l'influenza che su di esso esercita l'albumina.

WASSILIEFF. — **Ueber die Wirkung der Calomel auf Gährung processe und das Leben von Microrganismen.** (*L'azione del calomelano sui processi di fermentazione e sulla vita dei microrganismi*). In: *Zetschrift für physiologische Chemie.* 1882.

Il calomelano arresta lo sviluppo dei germi e quindi le fermentazioni; impedisce la putrefazione dell'albumina e del sangue. Hoppe Seyler riconobbe che le feci verdastre, che si ottengono dando il calomelano come purgante, non sono in preda a putrefazione.

Wassilieff preparò un sugo gastrico artificiale, e vi fece digerire della fibrina. Osservò che la presenza del calomelano non disturba questa funzione.

Eseguì anche delle digestioni di fibrina col sugo pancreatico; e mentre l'aggiunta di calomelano impedì la putrefazione della sostanza messa a digerire artificialmente, non impedì la digestione stessa, poichè vide prodursi egualmente la tirosina e la leucina; ma nessuna produzione di idrogeno solforato, nè di fénol, indol, od altri prodotti della putrefazione.

Il color verde delle feci di chi prende il calomelano per via interna fu considerato a torto da Buchheim come dovuto a solfuro di mercurio. Hoppe Seyler dimostrò che ciò è causato da bile non decomposta. Infatti la bile trattata col calomelano resta per molti giorni senza scomporsi, e ritiene per più di 8 giorni la facoltà di produrre la reazione di Gmelin.

VALLIN. — **Le cuivre et le choléra.** (*I sali di rame come disinfettanti nelle epidemie di colera*). In: *Rev. d'Hyg.* Sept. 1883).

Il solfato di rame esperimentato da Buchholtz, da Bert, da Miquel, da Koch, da Pasteur, è dotato di potente virtù antisettica. Fu il Chamberland che lavorando nel laboratorio di Pasteur, ed essendosi persuaso delle sue virtù antifermentative, molto superiori a quelle di altri sali più in voga, ne convinse il Vallin di ricorrere al solfato di rame per disinfettare le deiezioni dei colerosi.

D'altra parte le sperienze di Vallin lo avevano convinto che il solfato di ferro non è, a vero dire, un disinfettante, ma è poco più di un deodorante, poichè fissa l'idrogeno solforato e l'ammoniaca. Unico inconveniente a sostituire il solfato di rame a quello di ferro consiste in ciò, che il primo costa notevolmente più del secondo.

Arloing, Cornevin et Thomas. — **Note relative à la conservation et à la destruction de la virulence du microbe du charbon symptomatique.** (*Nota sulla conservazione o distruzione della virulenza del microbio del carbonchio sintomatico*). In: *Lyon médical* Juin, 1882.

È del più grande interesse per l'igiene veterinaria il conoscere l'azione dei principali agenti antisettici sui diversi microrganismi patogeni. Nè minore è tale importanza anche per la terapeutica. È necessario perciò studiare l'effetto dei diversi sali, liquidi o gas sui microbi patogeni e le dosi a cui devono essere impiegati per ottenere l'effetto di neutralizzarli. Un primo punto da stabilire è che la resistenza del virus secco del carbonchio sintomatico è molto maggiore che quella del virus fresco. Gli autori tentarono sostanze liquide o disciolte oppure gasose prima sul virus fresco, indi su quello essiccato.

A) Sostanze liquide o sciolte, che agirono sul virus fresco:

a) Distruggono la virulenza del carbonchio sintomatico.	*b*) Non ne distrugg. la virulenza.
Acido fenico al 2 per 0[0.	Alcool a 90.
A. salicilico all'1 per mille.	Alcool canforato saturo.
A. borico al 20 per 0[0.	Alcool fenico saturo.
A. nitrico al 25 per 0[0.	Glicerina.
A. solforico diluito.	Ammoniaca.
A. cloridrico al 50 per 0[0.	Acetato, solfato e solfidrato d'amm.
Soluz. satura di acido ossalico.	Benzina.
Alcool salicilico.	Soluz. satura di cloruro di sodio.
Soluz. di soda al 20 per 0[0.	Calce viva.
Soluzione di potassa al 20 per 0[0.	Polisolfuro di calcio.
Jodio.	Cloruro di manganese 20 per 0[0.
Salicilato di soda 20 per 0[0.	Solfato di ferro 20 per 0[0.
Permangan. di potassa al 5 p. 0[0.	Borato di soda 20 per 0[0.
Solfato di rame al 20 per 0[0.	Iposolfito di soda 50 per 0[0.
Nitrato d'argento all' 1 per mille.	Acido tannico 20 per 0[0.
Sublimato all'1 su 5 mila.	Essenza di trementina.
	Canfora monoclora.

B) Azione dei gas o dei vapori sul virus fresco:

a) La distruggono.	*b*) Non lo distruggono.
Bromo.	Ammoniaca.
Cloro.	Acido solforoso.
Solfuro di carbonio.	Cloroformio.

C) Sostanze liquide o gasose sul virus essiccato.

a) Ne distruggono la virulenza.	*b*) Non ne distrugg. la virulenza.
Acido fenico al 2 per 0[0.	Acido ossalico.
Acido salicilico all' 1 per mille.	Permanganato di potassa.
Nitrato d'argento all' 1 per mille.	Soda.
Solfato di rame al 20 per 0[0.	Cloro.
Acido cloridrico al 50 per 0[0.	Solfuro di carbonio.
Acido borico al 20 per 0[0.	
Bromo.	
Sublimato corrosivo 1 per 5 mila.	

Galtier. — **Contagion de la Morve.** (*Il contagio del Moccio*). In: *Comptes rendus du Congrès international d'Hygiène a Genève*, 1883.

In una interessante relazione sul contagio del moccio, il prof. della celebre scuola veterinaria di Lione, vi fece seguire la enumerazione dei mezzi da lui sperimentati utili per neutralizzare tale virus fuori dell'organismo.

Oltre all'essiccazione, che distrugge la virulenza del contagio moccioso in quattro giorni, devono tenersi in conto di migliori disinfettanti il calore, l'acido solforico e l'acido arsenico. La virulenza è distrutta quando si espone la materia mocciosa per 10 minuti alla temperatura di 56 gradi, o durante soli 5 minuti a quella di 61 C., ma essa persiste malgrado una esposizione di 10 minuti ad una temperatura di 50 C, o di 5 minuti a quella di 55, o di un minuto a quella di 61.

La soluzione di acido solforico ad 1 su 15 mila basta per annichilare la virulenza, e lo stesso risultato si ottiene con soluzione d'acido arsenioso.

Per ottenere una disinfezione sicura si dovrà adunque operare grandi lavature con una soluzione di 1 d'acido solforico su 1000 di acqua bollente.

Pott. — **Impfversuche mit aseptischer Vaccinelymphe.** (*Saggi di vaccinazione con linfa vaccinica asettica*). In: *Jahrbuch der Kinderheilkunde*. B. XVII.

L'Autore mescolò diverse soluzioni asettiche alla linfa vaccinica, ne conservò per qualche tempo in tubetti, indi con ciascun tubo eseguì la vaccinazione di tre bambini, servendosi della lancietta. La linfa studiata era linfa umana.

La soluzione di acido salicilico all' 1 su 300 mescolata a linfa non ne distrusse la virulenza; su 141 inoculazioni eseguite in 85 soggetti si ebbero 141 pustole.

La soluzione d'acido borico al 3,5 per cento, si mostrò pure giovevole; essa lasciò tutta l'attività alla linfa; poichè su 65 inoculazioni eseguite in 7 bambini si ebbero 65 pustole.

La soluzione fenica all' 1 per 0[0 diede solamente la metà di esiti fa-

vorevoli; e la linfa addizionata di soluzione fenica al 5 per 0[0 riescì affatto negativa.

L'Autore consiglia pertanto di mescolare la linfa vaccinica ad una delle due prime soluzioni, per distruggere il virus risipelatoso che vi si potesse associare, ottenendo inoltre il vantaggio di una maggiore fluidità e quindi di poter fare un numero doppio di inoculazioni colla stessa quantità di linfa.

MARCUS et PINET. — **Action de quelques substances sur les bactéries de la putréfaction.** (*Azione di taluni antisettici sui bacteri della putrefazione*). In: *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 18 nov. 1882.

Gli autori, nello sperimentare l'azione degli agenti chimici sui liquidi organici ricercarono:

a) Quale è la quantità minima di ciascuno, che si opponga alla proliferazione dei bacteri della putrefazione in un terreno adatto al loro svolgimento;

b) Qual'è la dose minima di antisettico, che arresti lo sviluppo dei bacteri in un liquido ove già si sono svolti. La quantità necessaria ad ottenere questo secondo risultato è sempre maggiore di quella che basta al primo, come può vedersi nella tabella seguente, la quale, non nei particolari, ma solo in massima, concorda con quelle degli autori precedentemente citati:

Sostanze antisettiche.	Impedisce l'apparizione dei bacteri.	Arresta la proliferazione dei bacteri.
Cloro — per 0[0 parti di liquido	0,03	0,04
Sublimato corrosivo	0,04	0,50
Permanganato di potassa	0,10	1,50
Acido salicilico	0,13	0,26
Benzoato di soda	0,18	5,00
Creosoto	0,25	1,50
Salicilato di soda	0,40	2,00
Cloridrato di chinina	0,45	4,50
Acido fenico	0,50	4,25
» solforico	0,60	0,65
» borico	0,75	3,50
Cloralio	1,00	5,00
Acido cloridrico	1,35	5,00
Alcool	2,50	25,50

STERNBERG. — **Experiments to determine the germicide value of certain therapeutic agents.** (*Sperienze per determinare l'azione antisettica di certi agenti terapeutici*). In: *American Journal of Med.* 1883.

L'Autore si propose specialmente di determinare quale sia la dose minima di taluni agenti antifermentativi, capace di impedire la moltiplicazione dei germi morbosi specifici in un mezzo di coltura ai medesimi appropriato. Egli espone le precauzioni adottate per evitare le cause d'errore, che circondano lo sperimentatore da ogni lato.

I microbi sui quali sperimentò, vennero purificati da una precedente serie di colture, finchè si ottennero le colture pure. Così ottenne il micrococco del pus: quello della setticemia del coniglio; ed il bacterium termo ottenuto colla putrefazione del brodo.

Su questi germi il più attivo disinfettante si mostrò il sublimato, che arrestò la proliferazione dei microbi alla dose di 1 parte di sublimato su 20 mila parti di liquido in putrefazione. Indi il permanganato di potassa, che agì alla dose di 1 parte su 883; il iodio 1 parte su 500; il creosoto 1 parte su 200; l'acido fenico 1 parte su 100; il cloralio 1 parte su 20; l'acido salicilico 1 parte su 25.

Il solfato di ferro, l'acido borico, l'iposolfito di soda si mostrarono meno attivi.

Variando la natura del germe, varia anche l'azione del disinfettante; così l'acido fenico che è inattivo sul microbio del pus alla dose di 5 per 0[0, alla stessa dose agisce sul vibrione settico.

Gli antisettici più potenti e più sicuri sono il sublimato alla soluzione di 1 parte su 500; ed il iodio 1 parte su 200. Il sublimato, che si accumula nell'organismo, può essere introdotto a deboli dosi e per lungo tempo, e così diventa germicida nella sifilide, nella febbre tifoide, e forse nella difterite e dissenteria (?). Il iodio invece si elimina troppo rapidamente; e perciò si esige una dose maggiore del rimedio. Ogni microbio specifico avrà forse il suo antisettico specifico, che conviene ricercare. Per maggiori particolari vedi questi *Annali*, 1883, Vol. 266, p. 216.

BOTTINI — **Lo zinco-solfo-fenato in chirurgia.** (*Gazzetta degli Ospitali.* N. 9, 10, 11, 1884).

Non vogliamo invadere il campo chirurgico, ma semplicemente dar conto di quegli interessantissimi esperimenti del ch. professore della Università pavese, che elevarono il solfo-fenato di zinco al primo posto fra gli antisettici.

Cimentando orina, latte, frammenti di muscolo, di cervello, con soluzione d'acido fenico ai 5 per 0[0, con glicero-borato di soda, e con soluzione di solfo fenato di zinco, l'Autore osservando i liquidi due volte al giorno coll'esame microscopico, vide ritardato a circa 17-18 giorni l'apparire dei bacteri coi due primi antisettici; ma coll'ultimo la resi-

stenza si protrasse fino oltre 45 giorni. Ciò dimostra la superiorità di questo nella sua potenza *asettica*; ma esso vale anche più degli altri disinfettanti per la sua potenza antisettica. Mescolando a parti eguali liquidi in via di putrefazione, e soluzioni al 5 per 0[0 di solfo-fenato di zinco, di acido fenico e di glicero-borato sodico, mentre coi due ultimi continuava a mantenersi vivace il movimento dei bacteri e vibrio, esso era arrestato in breve tempo dallo zinco-solfo-fenato: e questo silenzio nella vitalità dei bacteri resta costante, anche tenendo il tubo di prova nella camera ad incubazione.

Ma dopo due giorni circa di tale incubazione anche in queste provette appariva il movimento vivace dei microrganismi. Lo zinco-solfo-fenato in soluzione al 5 per 0[0 non distrugge la vitalità dei microrganismi già sviluppati, ma sembra che soltanto la sospenda. L'Autore pensò allora che convenisse aumentare la dose dell'antisettico, tanto più che è esente da proprietà caustiche, velenose od irritanti. Trovò infatti che colla soluzione al 10 per 0[0 il movimento dei microbi era arrestato in brevi istanti, la loro immobilità durava un tempo indefinito; ed i protozoi cadevano in disfacimento molecolare sul fondo del vaso. Anche più attivo è lo stesso agente sciolto alla dose del 15 per 0[0, nè lascia temere alcuna influenza venefica. Vedi anche il vol. 268 di questi *Annali* a pag. 399.

Schill e Fischer. — **Ueber die Desinfection des Auswurfs der Phthisiker.** (*Sulla disinfezione degli escreati dei tisici*). In: *Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte.* II Band. Berlin, 1884.

Le esperienze furono eseguite mescolando escreati freschi o seccati a sostanze disinfettanti liquide, nella quantità di 8 a 12 volte l'escreato, e per un tempo che variò da un'ora e mezza a 24 ore; in media per 20 ore di contatto. Se ne riempiva un piccolo vaso di vetro di tale capacità da riescirne completamente ripieno, e veniva ricoperto da un vetro piatto. La cottura degli sputi fu eseguita nelle provette. Come animali di prova servirono sempre le cavie, e le iniezioni vennero fatte nel peritoneo o nel connettivo sottocutaneo. Alcuni animali morirono; ma la maggior parte furono sacrificati dopo 30-70 giorni circa.

In una prima serie di esperienze adoperarono escreati seccati da più mesi.

La esposizione dei medesimi ad una temperatura secca di 100 gradi per un'ora, o ad una temperatura umida (in acqua) di 100 gradi per 5 minuti, distrusse la virulenza dei bacilli.

La soluzione di sublimato da 1 su 1000 a 1 su 5000 per 20 ore, neutralizzò il bacillo; e così l'acido fenico al 5 per 0[0; il sale ammoniaco al 17 per 0[0; la soluzione di soda al 10 per 0[0 e il ioduro di potassio al 5 per 0[0; i vapori di iodoformio e di iodio per 24 ore.

Qualche caso di escreato secco, trattato con vapor acqueo a 100 gradi,

o con vapori di iodoformio, o con soluzione d'acido arsenioso (1 su mila) diede per risultato la tubercolosi degli animali inoculati.

In una seconda serie di esperienze si servirono di sputo liquido e fresco. Ottennero esito di disinfezione coi seguenti reattivi:

Alcool assoluto — per 20 ore.

Soluzione acquosa satura di acido salicilico — Idem.

Soluzione d'acido fenico al 3 per 0[0 — Id.

Acido acetico al 32 per 0[0 — Id.

Acqua satura d'anilina — Id.

Non distrussero la virulenza delle sostanze i reattivi seguenti:

L'acqua ed i vapori di creosoto.

La soluzione di timolo in alcool al 5 per 0[0 — (per 20 ore).

L'acido arsenioso (soluzione 1 per 0[0).

I vapori di naftalina.

La soluzione di ioduro di potassio (1 per 0[0).

La soluzione di bromuro di potassio (1 : 1000).

L'acqua di bromo (1 per 0[0).

Il iodio sciolto in acqua (1 : 500).

La soluzione acquosa satura di iodoformio.

Il jodoformio sciolto nell'olio (5 per 0[0) per un'ora e mezza.

Il jodoformio nell'olio di trementina (5 per 0[0) — Id.

La soluzione d'acido fenico all'1 e 2 per 0[0 per 20 ore.

I vapori di trementina.

La soluzione di cloruro di sodio al 5 per 0[0, e la soluzione satura di cloruro di sodio.

La soluzione di soda al 2 per 0[0.

In una terza serie di esperienze trovarono:

a) Che il riscaldamento a 100 gradi in ambiente asciutto non distrugge la vitalità del bacillo se non dopo più di un'ora, mentre col vapor acqueo a 100 la virulenza è già distrutta dopo 15 minuti;

b) La cottura in acqua distrugge la virulenza dopo 5 minuti;

c) Le soluzioni di sublimato (1 : 5 mila — 1 : 1000 — 1 : 500) non neutralizzano questo virus.

d) L'alcool assoluto misto in parti eguali agli escreati per 24 ore non si neutralizza; ma vi riesce quando sia in dose 5-10 volte maggiore;

e) La soluzione d' acido fenico alla dose di 5 per 0[0 mescolata in parti eguali all'escreato per 24 ore ne distrugge la virulenza; mentre la soluzione al 2,5 per 0[0 non si mostrò attiva;

f) La soluzione acquosa satura d' anilina dev' essere mescolata alla dose 10 volte maggiore dell'escreato, per 24 ore, per dare un risultato di probabile efficacia.

BIBLIOGRAFIA

ARCHIVES OF MEDICINE

Vol. X, Nuova York, 1883 (1).

1. RANNEY AMBROSE L. — *The internal capsule of te cerebrum and the diagnosis of lesions affecting it.* (La capsula interna del cervello e la diagnosi delle sue lesioni). In: *Archives of Medecine,* Vol. X, New York, 1883, pag. 1.

L' attenzione dei fisiologi e dei nevrologi si è fermata sulla circostanza che le fibre della capsula interna del cervello sembrano attraversare i gangli cerebrali (corpo striato e talamo ottico) senza entrare in relazione colle loro cellule, onde costituirebbero la sola diretta comunicazione fra le circonvoluzioni cerebrali e la porzione di sistema nervoso sottostante al cervello. Non si può negare in via assoluta che le cellule nervose possano in qualche maniera indiretta modificare o governare gli impulsi che viaggiano lungo le fibre ed anzi si ha ragione di credere che ciò accada in alcuni casi, ma per il talamo ottico ed il corpo striato mancano sinora le prove di un simile intervento.

Questo fascio di fibre pare sia una continuazione tanto della porzione motrice, quanto di quella sensitiva delle gambe del cervello, esso forma la maggior parte della corona radiata, divide il corpo striato in due segmenti, il nucleo caudato ed il nucleo lenticolare e separa quest' ultimo dal talamo ottico.

Se si pratica una sezione trasversale verticale di un emisfero cerebrale in guisa da passare per il talamo ottico ed il nucleo lenticolare si vede che la capsula interna è come compressa fra questi due gangli e che quindi le sue fibre si diramano a ventaglio verso le circonvoluzioni. La continuazione delle fibre sensorie delle gambe del cervello nella capsula interna non è così chiaramente provata come per le fibre motrici, ma tuttavia fu studiata colle dissezioni, colle investigazioni embriologiche, cogli esperimenti fisiologici e coll' esame dei processi patologici. Türck nel 1851 comunicava all' Accademia delle scienze di Vienna di aver osservato che la più o meno completa distruzione di certe circonvoluzioni dava luogo ad una degenerazione discendente delle fibre nervose che si poteva seguire fino alla sostanza grigia del mi-

---

(1) Sunto del dott. Romeo Paladini.

dollo spinale. Waller poco dopo confermò sperimentalmente il medesimo fatto pei nervi spinali notando che la degerazione si limitava alle fibre motrici od a quelle sensitive a seconda che si recidevano soltanto le radici anteriori o le posteriori, che se queste ultime erano recise all'interno dei loro ganglii la degenerazione si verificava lungo tutta la estensione dei nervi, mentre se venivano recise all'esterno dei gangli la degenerazione rimaneva limitata alla porzione fra il midollo spinale ed il ganglio e non colpiva la porzione più periferica e conchiudeva che l'integrità delle fibre motrici era dipendente dalla loro connessione col midollo spinale, mentre l'integrità delle fibre sensitive stava in rapporto colla persistenza delle loro comunicazioni coi gangli spinali. I fasci di fibre degenerate rendendosi ben distinti, anche macroscopicamente, da quelli sani permisero a Türk di fare osservazioni più precise che non le più delicate dissezioni e lo condussero a dimostrare la distinzione fra la porzione anteriore e la posteriore delle colonne laterali spinali.

I nevrologi ora generalmente ammettono che il terzo posteriore della capsula interna contiene fasci di fibre sensitive, e gli altri due terzi solo fibre motorie. Queste derivano dalle cellule di quella regione corticale del cervello che è conosciuta col nome di zona motrice e comprende la circonvoluzione frontale ascendente, la base della prima, seconda e terza circonvoluzione frontale, la circonvoluzione parietale ascendente, il lobulo paracentrale e la circonvoluzione sopramarginale. Alcune di tali fibre passano direttamente nella sostanza del nucleo caudato, altre nel nucleo lenticolare, poche nel talamo ottico dopo aver attraversato il centro midollare del cervello, ma per la maggior parte sono in diretta continuazione colla porzione ristretta della capsula interna.

Le fibre sensitive dalle gambe del cervello si prolungano nelle circonvoluzioni dei lobi occipitali, temporo-sfenoidale e parietale, e pare abbiano altresì rapporti per mezzo dei nervi ottico, olfattivo, gustativo e acustico cogli organi periferici dei sensi, e infatti gli esperimenti hanno mostrato che la distruzione di certe circonvoluzioni della regione sensitiva della corteccia cerebrale porta un'alterazione temporanea o permanente della vista, del gusto e dell'udito. Così pure le lesioni del terzo posteriore della capsula interna sì nell'uomo come negli animali producono emianestesia. Il perturbamento degli organi dei sensi si verifica dal lato opposto a quello della lesione corticale quando questa sia unilaterale, e ciò indica evidentemente che deve aver luogo una decussazione delle fibre.

Le funzioni dei nuclei caudato e lenticolare non sono ancora ben definite, ma dai dati anatomici sembra si possa inferire che essi esercitano una qualche azione sulle funzioni motrici e sieno sede di azioni automatiche indipendenti dalle cellule corticali.

Il cervelletto è in relazione immediata col nucleo caudato e proba-

bilmente anche colla capsula interna, stante la sua innegabile influenza sui movimenti.

Tra le fibre afferenti del corpo striato vanno annoverate quelle dei processi del cervelletto al cervello, della corona radiata, della stria cornea, della corteccia del lobo olfattivo, del setto lucido. (*Journ. of Nerv. Ment. Disease*, gennaio 1883). Sarebbe importante dimostrare che esse si associano coi fasci di fibre della capsula interna, ma ciò riesce difficile, perchè negli esperimenti rimane sempre l'incertezza se i fenomeni che si osservano siano da attribuirsi soltante alla lesione, per esempio, del talamo ottico o del corpo striato, oppure anche alla pressione che viene ad esercitarsi sull'adiacente capsula interna. E lo stesso dubbio si solleva anche nelle osservazioni anatomo-patologiche, onde Charcot crede che nei casi di emorragia nel corpo striato l'emiplegia sia da attribuirsi puramente alla pressione sulle fibre motorie della capsula. Trank e Pitres però apportarono nel 1878 una brillante prova della connessione delle fibre motrici della capsula interna colle circonvoluzioni della zona motoria corticale, poichè ottennero movimenti muscolari da un lato del corpo eccitando coll'elettrità la sostanza bianca cerebrale sottoposta alle suddette circonvoluzioni dell'altro lato.

La situazione della capsula interna fra il nucleo lenticolare, il nucleo caudato ed il talamo ottico la rende soggetta ad essere coinvolta direttamente nelle lesioni della porzione centrale degli emisferi cerebrali sieno esse costituite da emorragie, rammollimento o tumori ed indirettamente in quelle del nucleo caudato, del nucleo lenticolare e del talamo ottico. Il corpo striato essendo assai vascolare e fragile è la sede più frequente delle emorragie; gli succede il talamo ottico. I vasi sanguigni che giungono ad essi attraverso gli spazii perforati anteriore e posteriere della base del cervello sono frequentemente affetti da eteromasia e da aneurismi miliari e quindi facili a rompersi per un aumento di pressione interna, malgrado la tortuosità delle carotidi e delle arterie vertebrali, la quale diminuisce l'impeto dell'onda sanguigna.

I vasi arteriosi di queste regioni sono i seguenti: per la zona motrice corticale l'arteria cerebrale media; per il nucleo caudato rami dell'arteria cerebrale anteriore e della comunicante anteriore; per il nucleo lenticolare la cerebrale media; per il talamo ottico rami della cerebrale media e posteriore.

Una lesione dei due terzi anteriori della capsula interna di un lato dà luogo, di regola, ad emiplegia del lato opposto. In qualche raro caso l'emiplegia fu osservata dal medesimo lato della lesione; ciò, secondo le ricerche di Flechsig, si spiega colla proporzione variabile delle fibre che si decussano nel passare dal cervello al midollo spinale. La sede reale dell'alterazione può essere nella porzione anteriore o media della sostanza bianca degli emisferi nel qual caso essa interrompe le comunicazioni fra la capsula interna e la zona corticale; ovvero può essere nella porzione ristretta della capsula interna ed allora può avere pic-

colissime dimensioni; od infine può essere nei nuclei del corpo striato o nel talamo ottico ed allora agisce per compressione.

L'emiplegia è il segno delle lesioni profonde del cervello, mentre le monoplegie sono per lo più prodotte da alterazioni circoscritte della sostanza corticale e sono indizii preziosi per l'esatta determinazione della sede del male.

L'emianestesia più o meno completa è sintoma di una lesione del terzo posteriore della capsula interna per alterazione locale oppure per compressione. Essa si verifica pure dal lato opposto a quello ove esiste la causa del perturbamento ed è per lo più accompagnata da un certo grado di paresi.

Anche i disturbi degli organi dei sensi specifici possono essere dipendenti da alterazioni della capsula interna e specialmente del suo terzo posteriore, ma per ora è impossibile precisare quali sieno i fascicoli di fibre nervose che più propriamente hanno relazione coi sensi ed in quel punto della corteccia cerebrale vadano a terminare. Pare che vi siano pure nel talamo ottico centri nervosi che presiedono all'olfatto, alla vista, all'udito ed alla sensibilità generale. Charcot ritiene che le lesioni della capsula interna possano accompagnarsi ad ambliopia dal lato stesso ove havvi anestesia, ma non ad emianopsia e ne dedurrebbe la probabilità di una seconda decurrazione delle fibre del nervo ottico nello spazio fra il chiasma e la capsula interna, e verosimilmente nelle eminenze quadrigemelle.

Nei casi di compressione gradatamente crescente delle fibre radiate della capsula interna, per esempio, per opera di un tumore, si notano alterazioni nel fondo dell'occhio e cioè la papilla strozzata a contorni indefiniti, arterie piccole, vene gonfie e tortuose e sovente piccole macchie emorragiche nella retina. Questa condizione è tuttavia compatibile colla persistenza di una discreta acutezza di vista, ma più tardi sopraggiunge l'atrofia dei nervi ottici, la papilla acquista margini ben definiti, assume un colore azzurrognolo, i vasi si fanno più piccoli e la facoltà visiva va scemando di potenza.

In taluni casi fu osservato l'abolizione dell'olfatto dal lato opposto a quello della lesione della capsula interna. Ciò sarebbe in opposizione con quanto comunemente si verifica e coll'opinione invalse che i nervi olfattivi non soffrano decussazione. Meynert crede di aver dimostrato l'esistenza di un chiasma dei nervi olfattorii nella regione della commessura anteriore negli animali che hanno bulbi olfattivi assai voluminosi, ma sarebbe contradetto da esperienze di Ferrier, onde la questione rimane sospesa.

Alcune delle fibre, le quali della capsula interna si irradiano nel lobo temporo-sfenoidale, sembrano aver rapporto col senso dell'udito, ma la sede del vero centro auditivo è ancora incerta, riuscendo assai incerte e difficili le esperienze sugli animali per determinarla. Ferrier crede

fuori di ogni dubbio che la circonvoluzione temporale superiore sia in relazione colle percezioni acustiche.

La regione dell'ippocampo, pure secondo Ferrier, sembra destinata alla sensibilità tattile e la sua distruzione ne apporta la perdita totale dal lato opposto del corpo.

Quanto al senso del gusto le esperienze sulle scimmie ne additerebbero la sede centrale nella porzione inferiore della circonvoluzione temporale media. L'eccitamento di un tal punto provoca movimenti riflessi delle labbra, della lingua, delle guancie simili a quelli provocati da sensazioni gustative e la sua distruzione produce l'abolizione del gusto.

Un altro sintoma importante per la diagnosi di una lesione estesa e subitanea della sostanza bianca degli emisferi è la deviazione coniugata degli occhi e del capo. Questi si trovano voltati verso il lato che è sede dell'emorragia o del rammollimento. Alcuni autori hanno tentato di oscurare il significato di questo sintoma, ma Ferrier ha dimostrato l'esistenza di un centro che presiede ai movimenti coniugati del capo degli occhi e della pupilla alla base della prima e seconda circonvoluzione cerebrale, e la distruzione di questo centro da un lato è cagione della prevalente azione di quello opposto e quindi della rotazione della testa e degli occhi verso il lato dove esiste la lesione.

I movimenti coreiformi consecutivi ad emiplegia o ad emianestesia sono pure validi indizii di una lesione della capsula interna. Talora assumono la forma dell'atetosi o dell'atassia o semplicemente di un tremolio.

Nessuna spiegazione positiva si può finora dare di essi, come non si può darla della rigidità. che pure talora sussegue alla paralisi.

Una notevole elevazione della temperatura generale del corpo fu pure osservata in conseguenza di lesione della capsula interna, ma molto resta ancora a studiare circa la disposizione dei centri vaso-motorii, variamente sparsi nel cervello e nel midollo spinale.

Negli emisferi cerebrali furono osservati grandi ascessi, tumori voluminosi, rammollimenti estesi, che non apportarono in vita paralisi nè anestesia. In tali casi si deve ritenere che essi erano in tale situazione da non offendere la capsula interna e la terminazione delle sue fibre nella zona motrice corticale e nei lobi temporo-sfenoidali ed occipitali, le cui funzioni però non sono ancora accertate volendosi da alcuni perfino che questi ultimi abbiano rapporti coll' attività intellettiva quanto i frontali, mentre i temporali avrebbero relazione coi sensi del tatto, dell'olfatto e dell'udito e la circonvoluzione angolare del lobo parietale parteciperebbe alla funzione visiva. Questa però, come anche l' udito, sarebbe eziandio in dipendenza dal cervelletto e dal talamo ottico.

Un' ultima considerazione importante in questo argomento si è che nei casi di lesione diretta della porzione ristretta della capsula interna si può avere compressione del corpo striato e del talamo ottico ed allora coi sintomi dati dalla sede primitiva dell'alterazione se ne avranno

altri riferibili ai centri nervosi esistenti in tali parti del cervello, e saranno specialmente, allucinazioni che secondo Gritti, potrebbero essere effetto di perturbamento delle funzioni dei talami ottici, ed altre alterazioni dell'olfatto, della vista e dell'udito, coi quali sensi, secondo Luys, sarebbero pure in relazione questi centri nervosi. (*Journal of Nervous and Mental disease*, aprile 1888).

2. Edes Robert T. (1). — *The excretion of phosphoric acid by the kidneys as affected by mental labor.* (L'escrezione dell'acido fosforico dai reni in rapporto colla fatica mentale) pag. 40.

Assai comunemente si crede che in seguito a fatiche mentali si accresca la secrezione dell'acido fosforico e si dice in prova di ciò che al lunedì si ha nei preti un'aumentata eliminazione di fosfati.

La determinazione della quantità dei fosfati eliminati si fa con un processo assai semplice, ma non è facile stabilire in che consista realmente la fatica mentale. Molto frequentemente si tende ad esagerare nell'esprimere il grado di sforzo intellettuale richiesto dalle proprie occupazioni, e d'altra parte è pur certo che, per esempio, l'intelligenza di un teorema di matematica può richiedere da uno studioso un prolungato e notevole dispendio di energia cerebrale, mentre da un altro può essere afferrato e compreso in un'istante senza difficoltà. La coscienza della fatica mentale eseguita e della conseguente stanchezza è il solo mezzo che abbiamo, e per vero dire piuttosto vago. di valutare l lavoro intellettuale; ma non è però da dimenticare come tranne che nel sonno profondo, non si ha mai un'assoluta inerzia della mente.

L'Autore fece alcune osservazioni su di sè stesso determinando le quantità di fosfati emessi colle orine dopo aver passato alcune ore pomeridiane al riposo oppure dopo averle invece occupate nel dar lezione o nel visitare ammalati o nel leggere, Ebbene egli avrebbe ottenuto risultati non corrispondenti a quelli che secondo le più comuni opinioni si avrebbero dovuto attendere, poichè nelle orine raccolte sia nelle sere stesse delle esperienze, sia nelle notti successive i fosfati si sarebbero presentati in proporzioni or maggiore or minore senza costante rapporto collo stato di attività o di riposo della mente e la media di acido fosforico eliminata in un'ora dopo aver passato il pomeriggio nel riposo risulterebbe sensibilmente eguale alla media ottenuta dopo una più o meno prolungata ed intensa applicazione intellettuale. Infatti la prima sarebbe di grammi 0,1157 per ciascuna ora, e la seconda di gr. 0,1153. La differenza, affatto minima, starebbe piuttosto per indicare una diminuzione, anzichè un aumento nell'eliminazione dell'acido fosforico nei giorni di lavorio cerebrale. Nelle singole osservazioni tanto le cifre

(1) Presidente della Società nevrologica americana.

massime (milligrammi 167 e 165' di acido fosforico per ogni ora) quanto quelle minime (milligrammi 60 e 67) sarebbero state ottenute indifferentemente tanto nei giorni di riposo, quanto in quelli di fatica.

Da questo non si può al certo dedurre che nel lavoro cerebrale non si abbia consumo di fosforo, ma soltanto si può dire che esso non è tanto notevole a fronte della produzione di fosfato per l'attività vitale dell'intero organismo, da portare per sè solo sensibili variazioni nel totale. Come poi si possa avere talora una diminuizione nella quantità di acido fosforico eliminato dopo un periodo di lavoro intellettuale si spiega colla considerazione che per il richiamo del sangue al cervello scema l'afflusso di esso ai reni, onde minore si rende anche la pressione, e più scarsa, secondo l' Autore, la secrezione orinaria.

3. Goldsmith W. B. — *The early symptoms of general paralysis of the insane.* (I primi sintomi della paralisi generale dei pazzi), pag. 47.

I primordii della paralisi generale dei pazzi passano sovente inosservati oppure erroneamente giudicati, e ciò succede perchè questa forma morbosa attacca di preferenza non le persone deboli, di sistema nervoso eccitabile e mal equilibrato, come fanno per la maggior parte le altre frenosi, ma quelle vigorose ed attive. E così accade che coloro che sono colpiti da tale psicopatia hanno campo sovente di rovinare le propria riputazione, cagionare scandali e rovesci finanziarii, prima che il loro stato mentale sia riconosciuto, ed essi vengano messi nell'impossibilità di nuocere a sè stessi ed alle loro famiglie.

L' Autore fonda le sue considerazioni sulle ricerche fatte in un buon centinaio di casi passati sotto ai suoi occhi.

Che i sintomi iniziali di queste malattie sieno assai svariati apparirà ben naturale, quando si riflette alla varietà di lesioni che ne furono considerate come il punto di partenza. Così Lewis indica come tale la degenerazione discendente fino nel nervo ischiatico e Westphal ed altri invece la degenerazione ascendente, e Poincaré con Bonet l'alterazione dei gangli simpatici.

I sintomi della malattia sono di due ordini, motorii e psichici. Dapprima si ha diminuzione della forza muscolare e della coordinazione dei movimenti più apparente in quei gruppi muscolari la cui azione deve essere precisa e delicata, quindi la difettosa articolazione della parola, il tremolio della lingua, dei muscoli facciali nelle emozioni, la calligrafia irregolare, l' inattitudine a suonare istrumenti, l' incesso incerto, gli spasmi clonici frequenti nei muscoli facciali. Fors'anco vanno segnati in questa classe anche gli accessi epilettiformi ed apoplettiformi. Si hanno pure alterazioni sensitive, disestesie, iperestesie, anestesie e di raro nevralgie, allucinazioni e indebolimento e disordini dei sensi specifici.

Al perturbamento del simpatico vanno ascritte l' ineguaglianza delle

pupille, la miosi, la lentezza di accomodazione alla intensità luminosa ed alla distanza, le iperemie cutanee più o meno estese.

Si notano pure sovente aumento o soppressione dei riflessi tendinei, come pure a malattia avanzata, delle azioni riflesse nella cute, nel cremastere, negli sfinteri.

Le alterazioni psichiche possono essere di qualsiasi sorta, prevalgono i sentimenti di compiacenza, soddisfazione ed orgoglio e i delirii di ricchezza, grandezza e potere.

Nei cento casi studiati dall' Autore i sintomi iniziali sono così distribuiti:

Difettosa articolazione della parola	38 volte
Convulsioni ad accessi apoplettiformi	20 »
Incesso irregolare	10 »
Tremolio delle labbra e dei muscoli facciali	8 »
Diminuzione del potere sessuale	6 »
Tremolio generale	6 »
Formicolio e anestesia cutanea	3 »
Cangiamento di calligrafia	2 »
Dilatazione dei capillari superficiali	1 volta
Iperidrosi	1 »
Iperestesia cutanea circoscritta	1 »
Iperestesia cutanea generale	1 »
Ptosi, strabismo e diplopia (in sifilitico)	1 »
Diplopia (in sifilitico)	1 »
Atrofia del nervo ottico (in sifilitico)	1 »

In nove casi contemporaneamente all'uno o l'altro dei suddetti sintomi primordiali eravi intensa cefalea.

Riguardo ai moti riflessi del tendine patellare l' Autore crede che la loro persistenza in grado normale non è indizio bastante ad escludere la paralisi progressiva; la loro esagerazione da entrambi i lati è una forte presunzione per tale malattia e la loro assenza o diminuizione ha il medesimo significato, ma meno decisivo.

L'ineguaglianza delle pupille è meno frequente e meno significativa di quanto comunemente si crede.

Quanto ai disordini mentali il primo a manifestarsi è l' indebolimento dell'attenzione e della memoria non tanto degli avvenimenti lontani, quanto dei recenti. Talora v' ha sonnolenza, tendenze erotiche, inclinazione agli alcoolici, al furto, delirio di persecuzione, eccitamento maniaco, demenza.

I sintomi motori e psichici appajono per lo più contemporaneamente. Le osservazioni contrarie non furono probabilmente condotte colle necessaria diligenza ed oculatezza. Il delirio di grandezza è assai meno costante di quanto nei trattati si asserisce.

4. Walker Edwin (1). — *An ununsual hysterical symptom-group.* (Un insolito gruppo di sintomi isterici), pag. 84.

L'isterismo può presentarsi con forme tali da simulare altre malattie e la diagnosi differenziale è assai importante potendo in tali casi una terapia impropria riuscire assai dannosa.

Una giovane signora, soggetta a convulsioni fin dall'infanzia, gravida da due mesi, dopo un accesso convulsivo susseguito da sonnolenza, ma non accompagnato da perdita della coscienza, presentava anestesia sinistra completa. Quattro mesi più tardi in conseguenza di uno sforzo ebbe perdita delle acque, che cessò con alcuni giorni di letto. Dopo altri due mesi, cioè all'ottavo mese di gravidanza si rinnovò la perdita con comparsa delle doglie premonitorie e al terzo giorno insorse violenta cefalea seguita in breve da cecità, di cui l'esame oftalmoscopico non diede spiegazione, ma che tuttavia non era certamente simulata, le orine erano scarse. Naturalmente eravi a sospettare di eclampsia puerperale, tuttavia la temperatura fisiologica, il polsó ed il respiro normali, la mancanza di edema e di albumina nelle orine indussero a far diagnosi di fenomeni isterici. Dopo dodici ore la vista fu ricuperata, e trascorso ancora qualche giorno si effettuò il parto; il puerperio fu normale; gli accessi convulsivi non si rinnovarono.

L'Autore crede che nell'isterismo siavi una deficienza di volontà, con un anomalo desiderio dell'altrui simpatia, perciò nella cura egli crede importante di raccomandare alla famiglia di non dare soverchio peso alle molestie accusate dalle ammalate, di far comprendere a queste che devono trovare in sè stesse le forze di opporsi all'invasione dei fenomeni morbosi, mentre le medicine hanno un'efficacia assai limitata, e che esse devono tenere occupata la propria mente. I disturbi isterici col ripetersi ingenerano nel sistema nervoso l'abitudine a replicarli, onde è importante di opporsi ad essi fin dalle loro prime manifestazioni, che si possono avere anche in età assai tenera, e per un quinto circa dei casi, secondo Briquet, al dissotto dei dodici anni.

5. Walton G. L. — *Two cases of hysteria. 1.° Hysterical hemianaestesia in a man, following injury. 2.° Hysterical anesthesia of special sense, accompanyng cutaneous hyperaesthesia.* (Due casi d'isterismo: 1.° Emianestesia isterica in un uomo consecutiva a contusione. 2.° Emianestesia dei sensi specifici con iperestesia cutanea), pag. 88.

1.° Un uomo di 25 anni, sano e robusto, fuochista, riportò per essersi rovesciata la locomotiva, su cui viaggiava, contusioni alla spalla ed alla coscia destra per la quale dovette stare a letto per sei settimane, e più tardi ebbe a soffrire di svariati sintomi nervosi, dolori al

(1) Professore di malattie del sistema nervoso nel Collegio medico di Evansville.

dorso, perdita del potere sessuale, facilità alla commozione, impossibilità di mantenere concentrata l'attenzione su di un oggetto. Cinque mesi dopo la caduta l'incesso era zoppicante e accompagnato da dolore all'anca destra. Anche i movimenti del braccio destro erano inceppati specialmente per rigidità dell'articolazione scapolo-omerale. Non eravi paralisi, nè atrofia muscolare. La sensibilità era diminuita su tutta la superficie cutanea, ma specialmente al lato destro, in maniera che le trafitture di uno spillo non cagionavano dolore. Anche gli organi dei sensi presentavano alterazioni.

Il campo visivo era diminuito perifericamente d'entrambi i lati, ma più a destra. I colori erano ben distinti dall'occhio sinistro, ma il destro durava fatica a discernere il verde dal giallo. L'acutezza visiva normale a sinistra era ridotta a circa un decimo a destra.

All'esame oftalmoscopico non si rilevava alterazione veruna nel fondo dell'occhio. Dall'orecchio sinistro i battiti di un orologio normalmente uditi alla distanza di 60-80 centim. non erano percepiti se non a 30 centim. e dall'orecchio destro soltanto se l'orologio era con esso a contatto. Le vibrazioni di un diapason posto avanti alle orecchie ad immediato contatto erano debolmente percepiti sia dall'uno che dall'altro lato, ed a destra riescivano affatto inavvertite se il diapason era messo a contatto coi denti. Le membrane del timpano apparivano opache ed ingrossate per otite media cronica; le trombe d'Eustachio erano permeabili, ma la doccia aerea di Politzer non produceva a destra nessuna sensazione. Il gusto e l'olfatto erano aboliti dal lato destro, non modificati a sinistra.

La cura fu eseguita coll'elettricità. Si avvicinarono all'antibraccio destro fin quasi a contatto della cute, i poli di un apparecchio elettromagnetico e dopo trenta minuti il minimo contatto era percepito, mentre prima non era avvertita se non una rozza pressione. Non vi fu trasferimento dell'anestesia ad altra parte del corpo. La stessa corrente applicata all'orecchio destro per venti minuti ridonò la sensibilità al padiglione, che prima era anestetico, rese avvertiti da entrambi i lati le vibrazioni del diapason applicato ai denti e fece percepire dall'orecchio destro i battiti dell'orologio alla distanza di dieci centimetri. Non vi fu trasferimento della sordità dal lato opposto, ma tanto questa, quanto l'anestesia ricomparvero nello spazio di poche ore.

Una seconda applicazione dopo pochi giorni diede i medesimi effetti onde la cura fu continuata aggiungendovi le doccie fredde al dorso, le strofinazioni alle spalle e i movimenti passivi del braccio destro. In sette settimane si ebbe notevolissimo miglioramento tanto nella condizione della sensibilità generale, quanto in quella dei sensi specifici: anche i toni più alti (30,000 vibrazioni al minuto) vennero uditi dall'orecchio destro, mentre prima erano affatto inavvertiti.

2.° Un secondo caso riguarda una ragazza portoghese sedicenne senza antecedenti notevoli nè personali, nè ereditarî che essendosi trasferita

dalla sua patria a Boston, negli Stati Uniti, incominciò a soffrire di dismenorrea, indi di dolori alla mammella sinistra, al dorso, al capo, al braccio sinistro. In causa di uno spavento ebbe pure un accesso di convulsione con perdita di coscienza. La metà sinistra del corpo o più precisamente del capo e del tronco fino a livello della decima costa, fatta eccezione della mano sinistra, era iperestesica in alto grado, tanto che il minimo contatto riusciva molesto e una moderata pressione strappava alti lamenti. Il campo visivo a sinistra era limitato concentricamente; dei colori solo il turchino veniva distinto esattamente, il rosso era confuso col nero, e il verde ed il giallo col bianco. Nulla di anormale si scopriva nel fondo dell'occhio.

L'orecchio sinistro era affatto sordo, non udendo nè i battiti dell'orologio, nè le vibrazioni del diapason neppure quando posta a diretto contatto coll'osso anteriormente all'orecchio. A destra l'udito era normale. Sane si presentavano le membrane del timpano. Il gusto e l'olfatto erano pure aboliti dal lato sinistro.

La corrente galvanica applicata al petto non diede alcun vantaggio, all'avambraccio ne diminuì l'iperestesia.

Un giorno si manifestò l'iperestesia anche alla mano ed al ginocchio sinistro, ma si dissipò dietro una sola applicazione dell'elettricità. Poco dopo essa si estese al lato destro del tronco, lasciando integro i sensi specifici e tale condizione persisteva ancora quattro settimane più tardi.

In questo caso si avrebbe un'eccezione alla regola, secondo la quale l'anestesia degli organi dei sensi specifici sarebbe sempre accompagnata da quella della cute corrispondente, regola tanto costante che Féré crederebbe poterne dedurre la conseguenza che nel cervello sianvi dei centri i quali presiedano contemporaneamente alle varie sensibilità specifiche ed alla sensibilità generale dei tegumenti di ciascun corrispondente apparato. Si noti però che l'eccezione si verificava solo dal lato sinistro, mentre a destra eravi iperestesia cutanea, ma integrità dei sensi specifici.

In questi casi, se anche mancassero altre prove, gli effetti della corrente galvanica sarebbero bastati a confermare l'origine isterica dei disordini osservati.

I disturbi isterici della vista furono già ampiamente studiati, non così quelli dell'udito. Ecco le conclusioni di un recente lavoro su tale argomento. (*La sordità nell'emianestesia isterica.* Brain, N. 20, 1883).

La sordità accompagna l'anestesia dalla cute del padiglione o almeno quella delle parti profonde del condotto uditivo esterno e della membrana del timpano ed è più o meno completa a seconda del grado dell'anestesia.

Quando l'anestesia cutanea è incompleta scompare o diminuisce per la prima la facoltà di percepire i suoni trasmessi per la via delle ossa, mentre si odono ancora quelli che giungono portati dall'aria. Si perde pure più presto la facoltà di udire i toni alti, che non i bassi.

La sordità isterica per tali caratteri si avvicina a quella propria dei vecchi, la quale però per solito è bilaterale.

Nella diagnosi della sordità isterica si deve aver presente che le lesioni dell'orecchio medio ed esterno, che eventualmente si possono incontrare non diminuiscono d'intensità dei suoni trasmessi per mezzo delle ossa.

6. Frederick P. Henry. — *A contribution to the study of icterus neonatorum.* (Contributo allo studio dell'itterizia dei neonati), pag. 97.

L'itterizia dei neonati, secondo l'intende l'Autore, compare da due a cinque giorni dopo la nascita, produce un coloramento giallognolo della pelle più o meno intenso e svanisce nello spazio di circa due settimane senza essere accompagnato da importanti disturbi costituzionali. L'orina contiene pigmenti biliari soltanto nei casi più gravi. Con questa definizione vengono esclusi tutti i casi di itterizia per otturamenti delle vie biliari, provenga esso da loro congenita imperfezione, ovvero da epatite o da catarro gastro-duodenale.

L'itterizia in genere può essere di tre sorta: meccanica, ematogena e da mancata secrezione:

L'itterizia meccanica nella sua forma più comune proviene da un aumento di pressione nei condotti biliari per impedito deflusso, donde il riassorbimento per mezzo dei vasi linfatici e sanguigni.

È dubbio se un simile effetto possa aversi per diminuzione della pressione sanguigna nella vena porta.

Tale sarebbe l'itterizia da trombosi della vena suddetta, ma resta a dimostrarsi se tale trombosi sia mai stata riscontrata quale lesione primaria. Tale pure vorrebbesi l'itterizia degli animali messi ad ingrassare, nei quali la pressione sanguigna nella vena porta risulterebbe scemata per indebolimento dell'azione cardiaca, ma la rapida diminuizione dei globuli rossi del sangue, che in essi si osserva, pare sia atta a far classificare tale itterizia come d'origine ematogenica.

Nell'itterizia ematogena, non da tutti ammessa, il colorito della cute proverrebbe direttamente dalle materie coloranti del sangue e la possibilità di tale fatto sarebbe dimostrata da questo che sperimentalmente si può ottenere l'itterizia mediante iniezione nelle vene di sostanza atta a distruggere i globuli sanguigni, la quale potrebbe essere anche semplicemente l'acqua. Medesimi effetti si ottengono colle inalazioni di cloroformio e di etere sufficientemente prolungate, e si hanno pure dall'avvelenamento acuto per fosforo, dalla malaria e dalle morsicature di rettili velenosi. Nell'avvelenamento acuto per fosforo taluni ritengono che l'itterizia sia semplicemente proveniente dal catarro gastro-duodenale provocato dalla presenza di tale sostanza irritante, ma l'Autore in un caso potè confermare all'autopsia che la cistifellea era vuota, circostanza incompatibile coll'idea di un'itterizia meccanica.

Intorno all'itterizia da mancata secrezione ferve ancora la disputa,

ammettendola alcuni, come Harley ed altri, come Wagner, negandola. Quelli che l'ammettono credono che i pigmenti biliari, come la colesterina, si formino nel sangue, ed il fegato non abbia altro còmpito che di separarli ed eliminarli. Essi poi potrebbero aumentarsi nel sangue e dar luogo all'itterizia sia per inettitudine del fegato alle sue funzioni, sia per la loro esagerata produzione più forte dell'attività del fegato nello sbarazzarne il sangue.

Nei neonati la legatura e recisione dal funicolo ombellicale apporta una subitanea diminuizione della pressione sanguigna nella vena porta, si stabiliscono condizioni anormali di osmosi e quindi può esser favorita l'insorgenza dell'itterizia, tanto più che nei primi giorni di vita estrauterina frequentemente sarebbevi, secondo l'Autore, una considerevole distruzione di globuli rossi, infatti in un neonato sano questi nel primo giorno di vita erano in numero di 6,410,000 per millimetro cubo, e dopo tre giorni erano scesi a 5,680,000; in un altro, che divenne itterico i globuli rossi scesero in cinque giorni da 5,925,000 a 4,870,000 per mill. c. In due bambini itterici, però anzichè diminuzione si ebbe aumento di globuli sanguigni nei primi giorni di vita. La diminuzione osservata deve attribuirsi ad una vera distruzione e non ad un assorbimento di liquido, poichè le condizioni per questo sarebbero molto più opportune finchè il feto è immerso nel liquido amniotico, che non quando incomincia a vivere della vita estrauterina e a soffrire perdite per la via intestinale e per l'evaporazione sia cutanea, sia polmonale, mentre scarsa è la quantità di colostro che ingerisce.

Resta a determinarsi perchè l'itterizia dei neonati se è in relazione colla legatura della vena ombellicale e col conseguente abbassamento di pressione nella vena porta, non si presenti in tutti e sia più frequenti, come asseriscono concordemente gli osservatori, in quelli delicati che non nei robusti. L'Autore osserva che quando l'impulso cardiaco sia vigoroso ed esistano anastomosi fra la vena ombellicale e le vene delle pareti addominali è probabile che la pressione sanguigna si conservi abbastanza elevata nei vasi dei lobuli epatici, anche dopo la legatura del cordone, si da prevenire l'assorbimento della bile, mentre questo sarà facile nelle condizioni opposte. L'importanza di una maggiore o minore validità dell'impulso cardiaco apparirà più manifesta quando si rifletta che nell'adulto il cuore rappresenta la 160.ª parte in volume dall'intera massa del corpo, mentre nel bambino ne è la 120.ª parte.

La permeabilità della vena ombellicale dopo la legatura del cordone e la sua congiunzione mediante diramazioni anastomotiche colle vene delle pareti addominali furono più volte confermate. (*Ziemssen's Cyclopaedia*, Vol. IX, pag. 185). Thierfelder, Bamberger l'avrebbero osservata in molti casi. Hoffmann in un caso di cirrosi epatica vide un anastomosi fra la vena ombellicale assai dilatata e l'epigastrica inferiore. In tale malattia una simile congiunzione con rovesciamento della direzione della corrente sanguigna non può a meno di riuscire assai benefica.

Sappey nega che una vena, la quale si trova sovente nel legamento terete, sia identica colla vena ombellicale, ma nel caso di Hoffmann non può sussistere il dubbio, poichè egli si accertò che la vena ombellicale comunicava nel solco trasverso colla vena porta e per mezzo del dotto venoso, tuttora pervio, colla cava inferiore. Anche West (*Lezioni sulle malattie infantili*) ritiene che molte volte persista dopo la nascita la permeabilità della vena ombellicale. Non è necessario ammettere che tale permeabilità abbia a mantenersi indefinitamente, solamente l'occlusione invece di farsi istantaneamente dopo la legatura può farsi gradatamente.

La variabile intensità dell'itteriza dei neonati si spiega perfettamente colla maggiore o minore estensione delle anastomosi venose e col più o meno vigoroso impulso cardiaco. Siccome essa non apporta gravi sconcerti è probabile che sovente passi inosservata.

7. Wight J. S. (1). — *Some points on the mechanics of the hip-joint in regard to the treatment of morbus coxarius.* (Alcune osservazioni sul meccanismo dell'articolazione della coscia in rapporto colla cura della cotilite), pag. 107.

Il femore è dotato dei movimenti di flessione, estensione, adduzione, abduzione, rotazione interna, rotazione esterna e circumduzione. Le contrazioni muscolari, le quali producono questi movimenti, esercitano una pressione sulla superficie articolare, la quale nell'adulto può perfino ragguagliarsi a settecento chilogrammi (2000 libbre).

Nei casi di lesione dell'articolazione dell'anca l'influenza dei muscoli tende a flettere la coscia con un certo grado di abduzione. È in questa posizione che si trovano ravvicinati i punti estremi d'inserzione del maggior numero dei muscoli e che le forze antagoniste restano in equilibrio. Un ammalato di cotilite perciò sarà collocato in un letto che andrà elevandosi verso l'estremità ove posano i piedi, in modo che il peso del corpo tendendo a sdrucciolare all'indietro agirà da controestensione, il corpo stesso sarà sollevato con un cuscino in guisa da ottenersi la semiflessione della coscia, la quale mediante l'applicazione di pesi sarà tenuta in adduzione e rotata all'esterno. In questa maniera sarà altresì impedito ai muscoli di esercitare una soverchia pressione sulle superfici articolari, senza che queste cessino di essere a contatto. Più tardi, quando sia ben avviato il miglioramento, per prevenire i danni di una soverchiamente prolungata degenza a letto, si tolgono i pesi e si applica un ben inteso apparecchio ortopedico, atto a sostenere e ripartire il peso del corpo ed a reprimere la contrazione muscolare e con esso si permette al paziente di alzarsi e camminare.

---

(1) Professore di chirurgia alla Scuola dell'Ospitale di Long Island.

8. Seguin E. C. — *Gudden's atropy metteod: and a summary of its results.* (Il metodo di Gudden per lo studio dei centri nervosi mediante l'atrofia artificialmente prodotta di alcune loro parti, e principali risultati ottenuti), pag. 126 e 235.

La scoperta di un nuovo metodo di studio è più importante che non quella di un fatto non prima osservato, perchè porge il mezzo di istituire ricerche in campi affatto inesplorati e può condurre a inaspettate conquiste.

I metodi anatomici per lo studio dei centri nervosi sono: 1.° le dissezioni dei fascicoli di fibre dopo aver indotto nel tessuto un certo grado di indurimento; esso fu usato da Foville, Gratiolet ed altri, ma ora è quasi abbandonato; 2.° l'esecuzione di una serie di sottili sezioni degli organi induriti, come fu consigliato e praticato da Rolando e Stilling; 3° la produzione di una degenerazione mediante la lesione dei nervi, secondo le indicazioni di Waller; 4.° l'osservazione delle degenerazioni secondarie naturali, come furono studiate da Turck; 5.° la determinazione del periodo in cui certi sistemi di fibre nervose acquistano nel feto la mielina, come tentò Flechsig e 6.° l'atrofia completa delle origini di un nervo, provocata mediante lesione del nervo stesso in animali neonati e preferibilmente in quelli, i quali, come i conigli, vengono alla luce in uno stato quasi fetale.

Quest'ultimo è il metodo di Gudden, ancora pochissimo conosciuto, sebbene da lui messo in pratica fin da 1849, mentre era medico assistente nel manicomio di Siegburg diretto da Jacobi, e reso di pubblica ragione nel 1870. Waller pubblicò le sue osservazioni sulle degenerazioni e rigenerazioni consecutive alla recisione dei nervi nel 1852; quindi gli studî di Gudden erano incominciati e avanzati, prima che egli formulasse le sue leggi.

I vantaggi di sperimentare sui conigli neonati sono che non hanno peli, soffrono poco, poco si agitano, sopportano bene le lesioni e l'esportazione di parti importanti del sistema nervoso centrale, si rimettono prontamente e bene, non danno nojose emorragie. I cani poco si prestano alle operazioni intracraniche, perchè hanno il cranio duro, i gatti vanno facilmente soggetti alla suppurazione.

Per le operazioni sull'apparato olfattivo è d'uopo servirsi di animali dell'età di almeno sei o sette giorni, affinchè abbiano i sensi abbastanza sviluppati, e siano in grado di muoversi e porgere i necessarî indizî.

Per le operazioni sull'ipoglosso e sul pneumogastrico si adoperano animali dell'età di qualche settimana. (*Arch. f. Ophthalmologie.* Vol. XXV. 1879, pag. 237-246).

Le lesioni devono essere eseguite in modo da distruggere i nervi, ed una porzione dei centri nervosi, così si esporta un globo oculare ed un lobo olfattivo ed un frammento di nervo. L'animale sperimentato vien tenuto in osservazione per alcune settimane e quindi ucciso.

Nei conigli neonati 36 ore dopo l'esportazione di un globo oculare è visibile l'atrofia del nervo ottico, nei cani invece solamente dopo otto giorni.

Gli organi che si vogliono esaminare vengono induriti mediante l'immersione in soluzioni di bicromati di potassa o di acido osmico.

In genere si trova l'assoluta scomparsa del tronco nervoso di cui fu determinata l'atrofia, e il suo posto viene occupato dal tessuto adiacente senza che sianvi essudati, nè proliferazione di nevroglia. Però è possibile che talvolta siavi anche degenerazione e non sempre solo la semplice atrofia e che quindi i risultati del metodo di Gudden si confondano con quelli del metodo di Waller, ma questo punto ha bisogno di ulteriori schiarimenti.

I soggetti principali degli studî di Gudden furono i seguenti:

I. *Composizione e connessione della commessura cerebrale anteriore.* — Essa si compone di due parti, dei quali l'una vien detta temporale, l'altra olfattoria. La prima è più sviluppata nell'uomo e nelle scimmie mentre negli animali inferiori, come il riccio, la talpa, il coniglio è maggiore la parte olfattoria.

La porzione temporale costituisce una congiunzione fra i lobi temporali. (*Westphal's Archiv.* Vol. II, pag. 693 e Vol. IX, parte II).

La porzione olfattoria congiunge i due bulbi, o piuttosto i due lobi olfattivi, il chiasma olfattorio immaginato da Maynert non esiste.

II. *Commessura cerebrale inferiore*, — Dopo l'esportazione di entrambi i globi oculari una porzione del chiasma e dei tratti ottici non subisce degenerazione, questa porzione vien chiamata commessura cerebrale inferiore e serve di congiunzione fra i talami ottici, senza avere probabilmente relazione colla funzione visiva. (*Westphal Archiv.* Vol. II, pag. 693, 1870; *Psychiatrische Zeitschrift.* Vol. XXX, pag. 135, 1872; *Archiv f. Ophthalmologie.* Vol. XX, pag. 249, 1874, Vol. XXI, pag. 199, 1875; Vol. XXV, pag. 1 1879).

III. *Distribuzione delle fibre nell'apparato ottico.* — Negli uccelli si ha decussazione completa nel chiasma, nei mammiferi solo una semidecussazione. L'esportazione della retina cagiona atrofia dei nervi e dei tratti ottici, come pure dei lobi ottici e del corpo genicolato laterale, ma la distruzione di queste parti centrali non produce degenerazione nella retina.

La legge di Müller che vi è decussazione completa negli animali i cui assi visuali sono laterali con visione monoculare e che vi è semidecussazione in quelli nei quali gli assi visuali sono diretti più o meno anteriormente con visione binoculare, apparirebbe quindi confermata. Tra le retine non havvi commessure; il fascio commissurale posteriore, ossia la commessura inferiore non ha relazione colla funzione visiva; la terminazione centrale e periferica delle fibre del tratto peduncolare trasverso rimane ancora ignota; ogni tratto ottico si compone di tre sorta di fibre ottiche, commessurali inferiori ed emisferiche; nè i corpi qua-

drigemini inferiori, nè i corpi genicolati hanno rapporto coll'apparato visivo. (*Westphal's Archiv.* Vol. XIII, 1882).

Nei lobi ottici normali si distinguono sette strati: 1.° fibre periferiche; 2.° strato grigio superficiale; 3.° strato superficiale bianco; 4.° strato grigio intermedio; 5.° strato bianco intermedio; 6.° strato bianco profondo; 7.° strato grigio tubulare. (*Morphol. Jahrbuhh.* Vol. VII, pagina 711).

IV. *Tratto peduncolare trasverso.* — Sorge dalle gambe del cervello. scorre fra il tratto ottico e il ponte e dispare nel lobo ottico, è visibile solo nei mammiferi inferiori. È in relazione colla funzione visiva, (*Westphal's Archiv.* Vol. XI, 1880).

V. *Relazione degli emisferi colla funzione visiva.* — È notevole e curioso che la distruzione di un intero emisfero, compreso anche il corpo striato, in un coniglio neonato non cagiona cecità di un occhio, e quando l'animale è cresciuto non dà indizio d'imperfezione alcuna della facoltà visiva e le sue pupille rispondono entrambe in modo normale alla luce. Gudden non pretende di generalizzare questo fatto egli solo assicura di averlo notato nel coniglio, ed osserva che se Munck ha ottenuto risultati differenti è probabilmente perchè ha operato non già animali appena nati, ma già cresciuti, nei quali quindi è a presumersi che il cervello avesse diggià acquistato certi attributi funzionali mancanti nei primi periodi della vita.

VI. *Centro dei movimenti della pupilla.* — L'esportazione degli strati superficiali di un lobo ottico mediante un cucchiajo tagliente rende cieco l'occhio dal lato opposto senza alterare i diametri delle pupille. All'autopsia dopo qualche tempo si trova che il nervo ottico del lato opposto alla lesione è diminuito di volume, ma contiene fibre normali e similmente la retina. Il tratto peduncolare, trasverso del lato offeso è normale, il tratto ottico parzialmente atrofico, il lobo ottico offeso presenta una piccola ma anormale prominenza latero-frontale.

Se si esporta l'intero lobo ottico si ha cecità dell'occhio dal lato opposto con dilatazione della pupilla, che non risponde più se non a luce vivissima; il nervo ottico e le retine si palesano alquanto atrofici, mentre completamente atrofico si presenta il tratto peduncolare trasverso del lato operato. Nel lobo ottico dunque v'è il centro della facoltà visiva e un poco più all'innanzi di questo il centro dei moti pupillari riflessi.

Il corpo genicolato laterale è un terzo centro probabilmente trofico, la cui sottrazione è causa di atrofia per il tratto ed il nervo ottico. Se si tolgono solo alcune porzioni del lobo ottico si trovano nella retina varî segmenti di atrofia circoscritta, e se si divide longitudinalmente il chiasma dei nervi ottici con un sottile coltellino, che si introduce attraverso le pareti del cranio si ha atrofia completa dei fascicoli che si incrociano e preservazione dei fascicoli laterali della commessura inferiore.

VII. *Dimostrazione del tratto piramidale* (1). — L'ablazione della porzione frontale di un emisfero, inclusi i centri motori, produce l'atrofia della corrispondente gamba del cervello e della piramide anteriore. Nel cane l'atrofia si potè constatare anche nella colonna postero-laterale del lato opposto a quello della lesione, come pure del lemnisco dal lato corrispondente a quest'ultima.

VIII. *Connessioni del cervelletto* (2). — Ad un coniglio neonato fu levata metà del cervelletto. L'autopsia dell'animale fatto adulto presentò atrofia, anzi assoluta mancanza del fascicolo cerebellare ascendente dal lato della lesione, del nucleo delle colonne anteriori, del nucleo laterale, delle fibre arcuate che vanno a costituire il principio del corpo restiforme, del nucleo collocato presso la radice ascendente dal trigemino, del corpo restiforme, egualmente dal lato della lesione, mentre eravi atrofia dell' oliva opposta; mancavano il processo al ponte ed il processo al cervello dal lato operato, mancavano pure le cellule della radice discendente del trigemino, quasi del tutto atrofico era il nucleo del tegumento dal lato opposto. Dal che può dedursi che il corpo restiforme o processo al midollo spinale ha quattro origini, cioè dai tre nuclei dorsale, laterale e ventrale dello stesso lato nel midollo allungato e dall'oliva dal lato opposto; che il processo del cervelletto al ponte deriva specialmente dalle cellule situate nella metà opposta del ponte; che infine le gambe o processi del cervelletto al cervello subiscono una decussazione totale ed hanno le loro origini nella parte media e caudale dell'opposto nucleo del tegmento.

IX. *Connessioni dei processi del cervelletto alle eminenze quadrigemelle ossia al cervello.* Forel di Zurigo (3) esportò ad un coniglio neonato il processo destro del cervelletto al cervello, il lato destro della valvola del Tarini ossia del velo midollare anteriore, il lobo postottico e involontariamente anche una piccola porzione del processo destro del cervelletto al ponte. Gli effetti constatati all' autopsia furono: l'atrofia delle rimanenti fibre del processo al cervello, la quale si poteva facilmente seguire attraversando la linea mediana fino al nucleo del tegmento sinistro, che si vedeva assai atrofico, massime nella sua parte caudale; l'atrofia della metà destra del verme superiore e di alcuni fascicoli di fibre diretti al nucleo dentato, atrofia del lemnisco laterale destro e della radice discendente del trigemino, nonchè in lieve grado

(1) « Ueber Dementia paralytica. » — « Correspondenzenblatt f. Schweizer. Aerzte. » Vol. II, p. 79, 1872.

Flechsig. « Plan des Menschlichen Gehirn. » pag. 7, Lipsia 1883.

(2) « Ueber die Verbindungsbahnen des kleinen Gehirns. — Tageblatt der LV Versammlung der Deutschen Naturforscher und Aerzte, im Eisenach » 1882.

(3) « Rendiconto del XIV Congresso dei medici e naturalisti tedeschi a Salzburgo nel 1881. » — Wiener med. Zeitung. » N. 46, 1881.

dello strato bianco profondo del lobo ottico destro. Ciò dimostrerebbe che i processi del cervelletto al cervello se da un' estremità mettono capo nel tegmento, dall' altro vanno a finire, decussandosi nel verme superiore del cervelletto.

X. *Connessioni centrali del nervo ischiatico.* — Mayser (1), assistente di Gudden, a due conigli neonati esportò le radici del nervo ischiatico e ad un terzo lo recise. In conseguenza di ciò ebbe a notare atrofia del fascicolo cuneato della colonna posteriore nella regione lombare, e in leggier grado anche della colonna laterale dal lato stesso della lesione, atrofia del corno grigio posteriore a livello di questa e del medesimo lato e anche distruzione di alcun poco di sostanza grigia dal lato opposto, diminuzione di volume delle due commessure, ma più della posteriore.

Affatto simili alterazioni si trovarono nella porzione cervicale del midollo spinale in un coniglio, a cui era stato estirpato il plesso brachiale.

XI. *Nuclei dei nervi cranici.* — Mediante l' enucleazione del bulbo oculare e l' accurata estirpazione dei nervi orbitali Gudden constatò quanto segue.

Il nucleo del terzo paio od oculomotore situato dietro il lobo ottico e lungo il fascicolo longitudinale posteriore è triplice, cioè distinto in una parte che giace sopra il fascicolo longitudinale posteriore e dà origine a fibre orizzontali, una seconda parte che scende più sotto al fascicolo suddetto, della quale sorgono fibre verticali ed una terza che non raggiunge il livello del fascicolo stesso e donde emanano fibre trasversali che si decussano. Queste tre parti si potranno distinguere colle denominazioni di nucleo fronto-ventrale, nucleo caudo-ventrale e nucleo caudale. Ed ulteriori distinzioni ancora saranno possibili, secondo Gudden, mediante l'estirpazione dei singoli muscoli oculari coi rispettivi filamenti nervosi. Negli animali sperimentati si aveva atrofia dei nuclei fronto-ventrale e caudo-ventrale dal lato stesso della lesione e atrofia del nucleo caudale del lato opposto. Gudden avverte che queste atrofie sperimentalmente provocate determinano degli spostamenti delle parti circostanti, dei quali conviene tener conto nell' esame dei pezzi anatomici per non essere tratti in errore (2).

Il nucleo del quarto pajo è collocato dietro il nucleo caudale del terzo e si estende all'inbasso del fascicolo longitudinale posteriore; negli animali sperimentati l' atrofia di questo nucleo si manifestò dal lato opposto alla lesione. Il quarto pajo ha dunque un origine semplice e le sue radici soffrono completa decussazione.

---

(1) « Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Baues des Kaninchen Rückenmarks. » — Westphal's Archiv für Psychiatrie. » Vol. VII, 1877.

(2) « Mittheilungen der Morphol. Physiol. Gesellschaft zu München. » — « Münchner Aertzlichen Intelligenzblatt. » 1883.

Per il quinto paio dall'esame dell'encefalo di un coniglio, cui tale nervo era stato reciso tra il ponte ed il ganglio di Gasser, dall'ispezione dell'encefalo di un vitello, che presentava estese deformità ed atrofie, quali la mancanza del nervo e del tratto olfattorio destro, nonchè di parte del bulbo, di entrambi i nervi e tratti ottici con conservazione della commessura inferiore, la piccolezza del nervo oculo-motore comune destro e delle radici del quinto, mentre erano normali i suoi gangli ed i rami periferici, la mancanza totale del sesto paio, e da altri dati ancora Gudden sarebbe indotto a ritenere che il trigemino non abbia se non tre radici, due sensitive ed una motrice, ad esclusione di ogni altra immaginata da Maynert ed altri.

A proposito delle funzioni trofiche del quinto, Gudden eseguì delle delicate ed importanti esperienze da aggiungersi a quelle di Snelling e Brown-Séquard. In conigli neonati egli, mediante cruentazione, fece aderire l'una all'altra le palpebre di un occhio e stabilito così un artificiale anchiloblefaron, recise il quinto col metodo intracranico suaccennato e dopo dieci o quindici giorni riaprendo le palpebre trovò sempre la cornea sana. Similmente recise il nervo ottico dietro il globo oculare risparmiando per quanto possibile gli altri organi contenuti nell'orbita, con ciò rese cieco l'occhio ed anestetica la cornea, perchè restavano pure recisi i nervi ciliari, ma siccome le palpebre conservavano tuttora la sensibilità e continuavano a funzionare per azione riflessa ed a proteggere l'occhio dalle lesioni e dal pulviscolo, vide la cornea restar sana. Perciò non sarebbe da ammettersi nel quinto paio veruna funzione trofica (1).

La distruzione periferica del sesto paio o nervo abducente produsse atrofia totale di un gruppo di cellule allato del ginocchio del nervo facciale, quindi esso ha origine semplice e diretta.

L'estirpazione, nei conigli, di un frammento del nervo facciale dal canale di Falloppio diede per effetto la scomparsa delle sue radici intra ed extra-bulbari e delle cellule del nucleo inferiore dello stesso lato, mentre rimase normale il nucleo posto presso al pavimento del quarto ventricolo, sotto al ginocchio del detto nervo. Quindi contrariamente all'opinione di tutti gli anatomici, anche recentemente sostenuta (2), il nervo facciale avrebbe un solo nucleo, e non riceverebbe fibre da quello collocato sotto al suo ginocchio.

La recisione od estirpazione del nervo acustico cagiona violenti moti rotatori ed in breve la morte per esaurimento, tuttavia pare constatato che esso non abbia intimi rapporti nè col nucleo così detto audi-

---

(1) Kondraski. « Ueber die Durschneidung des Nervus trigeminus. » Zurigo, 1872.

(2) Spitzka. « Contributions to Encephalic Anatomy. » — « Journal of Nervous and Mental Diseases. » Aprile 1880, p. 85.

tivo esterno di Deiter, nè col cervelletto, giacchè un emisfero di questo potè essere esportato senza che il nervo ed il suo nucleo apparissero poi comecchessia alterati.

L'estirpazione del decimo e dei suoi gangli ebbe per conseguenza la atrofia del noto nucleo sottoependimale all'indietro ed al lato del nucleo dell'ipoglosso, la scomparsa di un gruppo cellulare al davanti delle radici intrabulbari del nervo e presso il nucleo laterale, donde ha in parte origine il corpo restiforme e l'assottigliamento del triplice fascicolo di Spitzka, ossia delle radici ascendenti del sistema misto laterale di Meynert.

Sull'undecimo paio, colla quale denominazione l'Autore indica l'accessorio del Willis, furono fatte molte esperienze, ma i risultati anatomici non sono peranco conosciuti, perchè gli animali non furono finora sacrificati.

Infine l'esportazione di porzione dell'ipoglosso produsse l'atrofia del corrispondente nucleo sottoependimico dello stesso lato, onde la sua origine sarebbe semplice e diretta.

Dagli studî di Gudden risulterebbe adunque che in generale i nervi cranici hanno origini più semplici di quelle che comunemente ammettono gli anatomici ed i fisiologi, ma il terzo paio la cui origine finora si era considerata come semplice e diretta avrebbe un nucleo molto complesso e sarebbe composto di fibre dirette e fibre incrociate.

XII. *Fascicolo longitudinale posteriore.* — Questo fascicolo veniva dagli anatomici ritenuto in istretta relaziane coi nervi cranici motori e massime colle origini del terzo è quarto paio, credendosi che potesse forse essere destinato ad associare e coordinare le loro azioni. Orbene nei casi di atrofia sperimentale appunto di questi ultimi nervi il fascicolo longitudinale posteriore non si presentò modificato nel suo volume e nelle sue strutture, al che si deve aggiungere per dimostrare la poca attendibilità delle suaccennate ipotesi che nella talpa, il cui apparato ottico coi rispettivi nervi motori è affatto atrofico, il detto fascicolo è ben sviluppato.

XIII. *Ganglio interpeduncolare.* — Questo ganglio forma una protuberanza manifesta nel coniglio, nel gatto e nel cane, mentre nella scimmia e nell'uomo giace nascosto nelle pareti del forame cieco, ma non deve essere confuso colla sostanza perforata posteriore (1).

Si compone di piccole cellule rotonde, fusiformi o poligonali. Dalla sua estremità anteriore partono i due fascicoli di Meynert, i quali sembrano decussarsi nel ganglio stesso.

XIV. *Il corpo mammillare.* — Il corpo mammillare varia alquanto di configurazione secondo gli animali, nel coniglio è fornito di due emi-

---

(1) Gudden. « Mittheilungen über das Ganglion interpedunculare. » — « Westphal's Archiv. » Vol. XI, 1880.

nenze o gangli laterali; che esistono pure negli altri animali, ma sono meno evidentemente distinti. Dal ganglio laterale parte un fascetto che è il peduncolo del corpo mammillare, ed è attraversato da molte fibre del terzo paio. Le sue fibre più grosse passano lateralmente al lemnisco e possono essere seguite attraverso il trapezio fino alle olive. La esportazione della parte anteriore del cervello o di un emisfero mentre produce atrofia del lemnisco e del tratto piramidale dal lato della lesione lascia integre le fibre di questo fascetto, il quale quindi pare non aver rapporti diretti cogli emisferi (1)

Il ganglio mediano ossia la rimanente porzione del corpo mammillare dà origine al fascetto del Vicq D'Azyr, detto da Meynert radice ascendente della colonna del fornice, ed al fascicolo che va al tegmento. Quest'ultimo fu studiato separatamente. Quanto al fascicolo del Vicq D'Azyr fu constatato che si distribuisce nel tubercolo o nucleo anteriore del talamo ottico, donde entra in connessione colla corona radiata e precisamente con quelle fibre, le quali vanno a terminare nelle vicinanze della zona motrice.

L'esportazione di un emisfero e della parte anteriore del talamo rende atrofico tale fascicolo, nonchè il nucleo mediano del corpo mammillare.

L'atrofia di una delle due eminenze del corpo mammillare fu osservata in casi di cervelli assimmetrici da Cruveilhier e da Van der Kolk.

XV. *Connessione e composizione delle colonne della volta.* — La distruzione di un emisfero cerebrale e di entrambe le corna d'Ammone produsse completa atrofia di entrambe le colonne della volta, mentre la distruzione di un emisfero senza lesione delle corna d'Ammone lasciava normali le colonne, pur recando, come nel primo caso, l'atrofia del fascicolo del Vicq d'Azyr del medesimo lato. L'incisione di un emisfero con lacerazione della fimbria o corpo frangiato produsse pure atrofia assoluta delle colonne della volta dal lato operato con lieve diminuizione di volume del fascicolo del Vicq d'Azyr. Ganser dopo l'enucleazione di un globo oculare introdusse una sottile pinzetta nel foro ottico in direzione del chiasma coll'intenzione di distruggere un tratto ottico, ma oltre questo ferì la tuberosità cinerea ed una colonna della volta. Questa si rese atrofica fin dietro il corpo mammillare, dove si decussa colla sua omologa, e fino alla sostanza grigia del lato opposto.

Queste esperienze dimostrano che le colonne della volta prendono parte alla formazione del corpo frangiato, della volta e del corno di Ammone, e non hanno rapporto di continuità col fascicolo del Vicq d'Azyr (2).

---

(1) Gudden. « Beitrag zur Kenntniss des Corpus Mamillare und der sogenannten Schenkel des Fornix. « Westphal's Archiv. » Vol. XI, 1880.

(2) Stricker. « Manual of Histologie. » New York 1882, p. 691.

La composizione di queste colonne è molto più complessa di quanto viene insegnato nei trattati. Ganser dimostrò che esse non hanno origine dal corpo mammillare, come si credeva, ma passano semplicemente attraverso al esso mentre provengono dalla sostanza grigia circostante al terzo ventricolo. Gudden considera ciascuna colonna composta di quattro fascetti; uno ventrale incrociato, un secondo dorsale incrociato, un terzo dorsale diretto ad un quarto ventrale diretto.

Il primo è la radice discendente della volta di Meynert ed ha origine nella sostanza grigia presso il terzo ventricolo.

Presso il ganglio mediano del corpo mammillare esso si decussa completamente.

Il secondo raggiunge il precedente all'avanti della tuberosità cinerea e si decussa sopra la commessura anteriore.

Il terzo si stacca dalle parti dorso-laterali del talamo, ma le sue origini reali possono essere più remote, fa parte dello strato zonale e si congiunge agli altri fascicoli della colonna presso la commessura anteriore.

Il quarto nasce dalla sostanza grigia situata avanti il corpo mammillare e raggiunge gli altri nella tuberosità cinerea.

Sembra che il primo e l'ultimo di questi fascetti costituiscano quella porzione della volta che sta sotto al corpo calloso e vien detta fornice longitudinale, mentre gli altri due divergerebbero lateralmente. La striscia midollare del talamo incrocia il fascicolo dorsale diretto senza che siavi scambio di fibre fra di loro, ed anche la striscia cornea non ha nessuna connessione colle colonne della volta.

XVI. *Fascicolo del tegmento.* — Nell'encefalo di un coniglio, che sia stato antecedentemente privato di un emisfero cerebrale colla parte anteriore del talamo ottico corrispondente si trova dal lato operato atrofia completa del fascicolo del Vicq d'Azyr e di gran parte del ganglio mediano del corpo mammillare, ma dai residui di questo ganglio sorge un fascicolo che formando un angolo si porta al tegmento. Esso scorre dapprima fra i fascicoli longitudinali posteriori, quindi fra le radici del terzo paio, fra i fascetti di Meynert e fra quelli del Vicq d'Azyr.

In un cane ed in un gatto spingendo verticalmente un coltello attraverso al corpo calloso verso la base del cranio si ottenne di ferire il chiasma dei nervi ottici ed un ganglio mediano del corpo mammillare. All'autopsia si notò l'assoluta scomparsa del fascicolo del tegmento dal lato della lesione, come pure di un gruppo di cellule al dissotto del fascicolo longitudinale posteriore presso il quarto paia.

Il ganglio mediano del corpo mammillare dovrebbe dunque scomporsi in due gruppi cellulari o nuclei, l'uno dorso-frontale, che darebbe origine al fascicolo del tegmento, l'altro centro-caudale donde deriva il fascetto del Vicq d'Azyr.

Queste osservazioni non furono prima d'ora pubblicate e furono pri-

vatamente comunicate da Gudden all' Autore, che si recò a Monaco a a visitarne il laboratorio.

XVII. *Corpo restiforme e nucleo di Deiter.* — Von Monakow medico assistente nel manicomio di S. Pirminsberg in Pfafers presso Ragatz, ha eseguito molte ricerche col metodo di Gudden (1).

In un coniglio neonato eseguì la sezione della metà sinistra del midollo spinale appena sotto la decussazione.

Ne seguì emiplegia sinistra, che poi scomparve quasi del tutto. Le punture di ago da principio provocavano poca reazione da qualunque lato fossero eseguite, ma poi determinavano movimenti più marcati, sebbene non tanto, quanto avviene normalmente, se praticate a sinistra.

Depo sei mesi si passò all' autopsia. All' esame macroscopico risultò che la sezione della metà del midollo spinale non era completa; poichè rimanevano intatte la metà interna del cordone gracile o colonna di Goll e piccola porzione della colonna anteriore. Il midollo spinale appariva affetto da degenerazione ascendente. Al dissotto della lesione la metà sinistra di esso era impicciolita. Il verme superiore sinistro del cervelletto era appianato.

Al microscopio si notava anteriormente alla lesione atrofia completa del cordone cuneato e del suo nucleo, parziale del cordone gracile e del suo nucleo, completa del fascicolo diretto al cervelletto, parziale del corpo restiforme, rimpicciolito massimamente nella sua parte mediana, la parte interna del processo al midollo a livello delle radici del nervo acustico era diminuita di volume per mancanza delle fibre, che normalmente le provengono dal corpo restiforme, in questo punto le grosse cellule del nucleo di Deiter, sempre dal lato della lesione, erano scomparse, ma le radici dell' acustico, le quali apparentemente sorgono da questo nucleo, erano in istato di perfetta integrità, il nucleo laterale era pure atrofico, come anche la porzione laterale della formazione reticolata fino al lobo ottico, la piramide dal lato opposto alla lesione si mostrava alquanto assottigliata, ma solo per un piccolo tratto, invece il lemnisco era alquanto scemato di volume dal lato stesso della lesione. Nessuna modificazione notavasi nei lobi ottici ed all'avanti di essi. Posteriormente al punto della parziale recisione del midollo verificavasi atrofia completa della piramide sinistra.

Perfettamente normali erano la porzione mediana della formazione reticolare, il fascicolo longitudinale posteriore, le olive superiori e tutti i nuclei e le radici dei nervi.

Il corpo restiforme è dunque costituito di parecchi fascetti, che sono le gambe del cervelletto, le fibre arcuate, le fibre delle olive e della

(1) Monakow. « Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Corpus Restiforme, des ausseren Acusticuskern, und deren Beziehungen zum Ruckenmarks. » — « Westphal's Archiv. » Vol XIV.

coloramento del carmino, nel nervo ottico destro seguiva il fascietto laterale od esterno e nel sinistro quello mediano o decussato.

Dalle condizioni nelle quali si trovava il corpo genicolato laterale, che era atrofico soltanto nella sua parte anteriore e laterale Monakow crede si possa dedurre che una porzione di essa è in rapporto col cuneo, mentre l'altra, rimasta intatta, riceve la sua innervazione dal rimanente dell'area visiva corticale.

XX. *Connessioni del nervo ottico coi centri ottici.* — Ad un coniglio neonato fu esportato un occhio e dopo un anno se ne fece l'autopsia. Si notò l'atrofia del nervo ottico, del tratto ottico opposto (nei conigli la decussazione è quasi completa), del corpo genicolato laterale e del lobo ottico pure dal lato opposto alla lesione, senza alterazioni corticali. Al microscopio si notò che nel corpo genicolato laterale l'atrofia colpiva specialmente la sostanza fondamentale intercellulare e nel lobo ottico le cellule e le fibre dello strato midollare superficiale.

In un gattino fu egualmente eseguita l'enucleazione di un globo oculare e dopo tre mesi all'autopsia vedevasi atrofia del nervo ottico, di entrambi i tratti ottici (nei gatti la decussazione si fa solo per la metà circa delle fibre), dei corpi genicolati laterali, e delle regioni adiacenti e corrispondenti ai pulvinari, e finalmente dei lobi ottici e più precisamente delle fibre dello strato midollare superficiale.

Anche queste due esperienze non erano state prima d'ora rese di pubblica ragione.

9. Wightman S. J. — *Osteitis deformans.* pag. 146.

L'osteite deformante è assai rara, fu descritta per la prima volta da Paget (*Med. Chir. Transactions.* Vol. LX, 1877). Consiste in un graduale ingrossamento e rammollimento delle ossa di tutto il corpo eccetto quelle della faccia e le falangi. I primi sintomi sono dolori ottusi come di reumatismo, non vi ha febbre, nè altro notevole disturbo della salute. I dolori si esacerbano nei movimenti e pare siano più sentiti in corrispondenza delle inserzioni dei tendini. Le cause sono ignote, in un caso vi fu poco prima dall'iniziarsi del male una caduta dall'alto, abitudine di lavori faticosi e disordini dietetici, ma in altri casi non coincidono questi presupposti momenti eziologici. Nessuna influenza sembra avere l'eredità. In genere la malattia incomincia nell'età media o nella vecchiaja, ma in un caso, osservato dall' Autore, il principio fu all' età di diciotto anni e la morte seguì quattro anni dopo. Nell'ulteriore decorso pare siavi tendenza ad una terribile complicazione, cioè la comparsa di un cancro.

L'osteite deformante si distingue dalla rachite, perchè questa attacca i bambini e si presenta con caratteri di atrofia e non di ipertrofia delle ossa; dall'osteomalacia, perchè questa è propria dalle donne, che sono o furono più volte gravide, produce fragilità delle ossa con ingrossamento delle epifisi: da certe iperostosi proprie della gioventù, perchè

esse derivano da un perturbamento infiammatorio di qualche parte vicina, ingrossano ma non alterano la tessitura dell'osso e non danno deformità se non nelle tibie, dall'osteoporosi perchè questa rende porose le ossa compatte. Tutte queste malattie però hanno il carattere comune di cagionare l'incurvamento delle ossa sotto il peso del corpo.

La prognosi, finchè non vi è la complicazione del cancro, non è assolutamente funesta, tuttavia, una volta dichiarata, la malattia segue il suo lento decorso inesorabilmente senza essere arrestata da veruna cura.

Paget ne descrisse cinque casi, di cui due erano ancora vivi quando egli pubblicava il suo studio, e gli altri tre ebbero esito letale per carcinoma dell'antibraccio e dei polmoni, dell'omero e del cervello.

Nel caso osservato dall'Autore la morte avvenne per voluminoso cancro encefaloide dell'omento del peso di diciannove chilogrammi, il quale era stato in sulle prime creduto un tumore cistico.

10. Peckham Grace (1). — *Metallo-therapy theoretically and practically considered.* (La metallo-terapia teoricamente e praticamente considerata), pag. 155 e pag. 283.

La metallo-terapia propriamente dovrebbe designare l'uso interno ed esterno dai metalli contro le malattie, ma in senso alquanto più largo esso comprende anche l'applicazione di deboli correnti elettriche, solenoidi, calamite e di tutte quelle sostanze o processi che da Charcot furono qualificati *estesiogeni.*

Fin dal 1778 Wichmann, in un lavoro intitolato: Considerazioni sulla diagnosi (*Bull. gén. de thérapie,* Vol. XCVII, 1879) riferiva che in un isterica le convulsioni venivano istantaneamente calmate mediante la applicazione esterna del ferro; con altro metallo non ottenevasi l'effetto. Nel 1820 Despine (*Observations de med. prat. faites aux bains d'Aix en Savoie,* 1838) riconobbe l'utilità delle applicazioni esterne metalliche e specialmente dell'oro nei disturbi isterici e ne assimilava gli effetti a quelli delle correnti elettriche. Burq osservò dapprima che le persone in istato di sonnambulismo avevano preferenza per certi metalli ed avversione per altri, ciò che già era stato notato anche da Richet, Fisher e Despine. (*Des origines de le metallo-thérapie. Gaz. des hôp.* 1882, e *La metallo-thérapie depuis,* 1850. *Lyon méd,* dicembre 1880). Egli osservò che non solamente il contatto di certi oggetti metallici produceva brusche impressioni, ma che anche il loro semplice avvicinamento a 25 o 50 centimetri dal corpo riusciva avvertito da un senso di oppressione.

Notò pure come le applicazioni specialmente di rame, produce-

(1) Medico dell'Ospitale delle donne e dei fanciulli a New York.

vano le scomparse delle rigidità muscolari e degli spasmi. In un'ammalata dell'Ospitale Cochin coll'applicazione di una lastra di rame all'epigastrio troncò un violento accesso di convulsioni isteriche, che ripetevansi periodicamente; in un'altra della Salpêtrière vide svanire l'anestesia delle dita coll'introduzione di esse in un ditale di ferro. Per dodici anni egli frequentò gli ospitali di Parigi, ripetendo le sue esperienze senza incontrare molte adesioni, ma finalmente nel 1877 una commissione composta di Charcot, Luys e Du Montpallier, incaricata di esaminare i suoi lavori, riconobbe che nelle anestesie isteriche ed anche talora in casi di lesioni organiche le applicazioni metalliche richiamano la sensibilità, che non in tutti gli ammalati spiegava efficacia un medesimo metallo, che i fenomeni dipendenti dalle applicazioni metalliche si seguivano in quest'ordine: senso di calore, rossore, ritorno della sensibilità, aumento locale di temperatura, ritorno della forza muscolare; che eravi trasferimento dell'insensibilità dall'un lato all'altro del corpo; che le deboli correnti elettriche producevano effetti consimili e che il medesimo metallo che riusciva attivo applicato esternamente dimostrava eguale efficacia somministrato all'interno. Gellè confermò il trasferimento dall'anestesia anche per l'udito, Landolt per l'acromatismo ed altri per la temperatura e la forza muscolare. Charcot poi trovò come prima che l'anestesia ritorni definitivamente alla sua sede primitiva succede una serie di oscillazioni dall'uno all'altro lato. (*Arch. de neurologie*, Vol. I, 1880). I fenomeni di trasferimento non sono costanti, si presentano facilmente nelle isteriche di rado negli altri ammalati. Anche il semplice eccitamento cutaneo dato da un senapismo aumenta la sensibilità in un punto e d'altrettanto la diminuisce in quello simmetrico del lato opposto, onde Adamkiewiez e Adler emisero l'ipotesi che vi sieno centri nervosi antagonistici che presiedono alle funzioni organiche bilaterali. (*Arch. f. Anat. und Physiol.* 1880, pag. 159 e *Brit. Med. Journ.* 1879, 10 maggio).

Si è osservato che se al metallo che in un dato soggetto si è dimostrato attivo si sovrappone un altro metallo, che invece fu trovato inerte, anche il primo non riesce più a spiegare la sua efficacia e mancano i fenomeni tanto del ritorno, quanto del trasporto della sensibilità: che se poi quando il metallo efficace ha già incominciato a produrre i suoi effetti si fa intervenire un metallo inerte sia sovrapponendolo al primo, sia applicandolo in qualche punto intermedio fra la sede dell'anestesia e il sistema nervoso centrale, l'area della sensibilità che è in via di ritornare cessa all'istante di estendersi. (*Bull. gén. de therap.* Vol. XCVII, 1879).

L. H. Petit. *Sur la metallo-thérapie. Brit. med. Journ.* novembre 1879, pag. 767 — *Arch. de neurologie*, Vol. I, 1880. Vigouroux, *metalloscopie, metallo-therapie, aesthésiogène*).

Varie teorie furono emesse per dare spiegazione di questi fenomeni così curiosi.

Bennett, Aigre, Beard credettero non si avesse a che fare se non con scherzi dell'immaginazione messa in eccitamento dall'aspettativa e dall'attenzione, in prova di che addussero l'esperienza che i dischi di legno possono agire altrettanto quanto quelli metallici: (*Brain*, Vol. I, 1878, pag. 331 e *Brit. med. Journ.* 1878). Però questa opinione è resa poco probabile dalla concordia dei risultati ottenuti dagli sperimentatori in diversissimi paesi, difficilmente sarebbe accettabile pei fenomeni di trasporto dell'anestesia, della sordità, dell'acromatopsia e per quelli di arresto indotti dai metalli inerti, viene contraddetta dalla circostanza che gli effetti vengono conseguiti senza verun apparato e talvolta mentre medico e ammalato neppure se li aspettano e infine viene combattuta dalle esperienze istituite sugli animali. Infatti Vierordt nelle rane scerebrate richiamò nell'addome la perduta sensibilità mediante lo zinco ed il piombo. (*Brit. med. Journ.* 1879, pagina 159, e *Centralblatt f. d. med. Wissensch.* N. 1, 1879) A Schiff ciò nelle rane non è riuscito, ma nei cani richiamò la sensibilità per la durata di parecchie ore mediante una calamita od un solenoide applicato per quindici o venti minuti, nelle zampe rese insensibili mediante lesione della corteccia cerebrale.

Charcot, Gellé e Landolt, Maragliano e Sepilli accertata l'identità degli effetti dati dalle applicazioni metalliche e dalle deboli correnti elettriche vennero nella persuasione che tutto fosse dovuto a queste ultime. (*Rivista sperimentale di Freniatria*, anno IV, fascicolo 1, pagina 36, 1878).

Onimus e Rabuteau attribuirono lo sviluppo dell'elettricità all'ossidazione dei metalli in contatto col madore della pelle, ed Eulenburg e Regnard spiegarono i varii effetti dei differenti metalli colla diversità delle secrezioni cutanee dall'una all'altra persona e da un giorno all'altro in una stessa persona, onde i metalli verrebbero attaccati con maggior o minore attività e quindi darebbero origine a più o meno forti correnti elettriche (1).

Una carta asciutta infatti interposta fra le lamine metalliche e la cute arresta la corrente, una carta imbevuta di acqua salata la accresce.

L'oro e il platino, quando sono puri, sono assai difficilmente attaccabili epperò applicati sulla cute riescono quasi inerti (*Deutsche med. Wochen.* 29 giugno 1878).

(1) A questo proposito ed a conferma della variabilità della secrezione cutanea merita di essere riferita un'osservazione che udii ripetere da tre giovani signore, le quali hanno notato che quando esse sono in istato di malattia o anche di semplice malessere i loro anelli d'oro fino lasciano attorno alle dita una traccia nera, che manca qualora esse godono di buona salute. Tutte e tre non hanno facilità al sudore e le loro mani non sono mai umide, ma sempre asciutte, quasi secche. R. P.

Bocci pure è annoverato fra i sostenitori della teoria elettrica. Con delicate e curiose esperienze egli trovò che alcuni metalli, accrescono i movimenti dell'epitelio vibratile, dell'esofago della rana, altri li diminuiscono, altri ancora non li modificano. Fra gli eccitanti classificò l'oro, il rame, l'argento ed il platino, fra gli inibitori lo zinco, il cadmio, il bismuto e fra gli indifferenti lo stagno, il ferro ed il piombo. (*Riv. clin. di Bologna*, N. 9, 1882. Nuove ricerche sull'epitelio e contributo alla metallo-magneto-xilo-scopia).

Ma la grande obbiezione a questa teoria è che altre sostanze, oltre i metalli richiamano la sensibilità e danno tutti gli altri effetti accessori tali sono alcuni legni, la corteccia di china, le ossa, i pannilani compressi, il vetro, l'avorio, i senapismi, le doccie calde e fredde. Du Bois Reymond però farebbe osservare che anche queste sostanze a contatto colla cute vi determinano dei cangiamenti di temperatura capaci di dar origine a correnti elettrice. Alla teoria elettro-chimica egli dunque sostituirebbe quella termo-elettrica.

Un altro concetto, sempre nella sfera dell'elettricità sarebbe quello di Vigouroux. Egli crede che i fenomeni di metallo-terapia e gli altri affini sieno dovuti non a vere correnti, ma a semplici variazioni dello stato di tensione elettrica, che sarebbe necessario per l'esercizio delle sensibilità negli organi periferici. Solo a questo modo si può dar ragione degli effetti inibitorii che può dare un metallo inerte sovrapposto ad uno attivo. Infatti secondo le leggi dell'elettricità statica la tensione totale che risulta da una serie di contatti è uguale a quella che verrebbe data dai soli due estremi elementi della serie, se dunque alla pelle si sovrappone una lastra, per esempio, di zinco e a questa un'altra di argento, l'effetto sarà come se la pelle fosse a diretto contatto coll'ultima e quindi se lo zinco è nel caso particolare metallo attivo e l'argento inerte l'efficacia del primo resterà annullata. Per quanto tuttavia riguarda l'azione delle sostanze non metalliche bisognerebbe ancora ricorrere alla teoria termo-elettrica di Du Bois Reymond. (*Gaz. méd. de Paris*, 14 dicembre 1878, pag. 620; *Arch. de neurologie*, vol. II, 1881 1882, pag. 92; *Compte rend. d. soc. d. biologie*, 1877, pag. 462).

Adamkiewicz e Adler, già citati, ritengono trattarsi di semplice irritazione, e adducono in prova che i cataplasmi senapizzati richiamano la sensibilità e ne producono il trasporto dall'un lato all'altro del corpo meglio che i metalli.

Schiff crede che gli effetti di elettricità prodotti dal contatto dei metalli colla cute siano troppo deboli per dar ragione di tutti i fenomeni enumerati e va a ricercarne la spiegazione nei movimenti molecolari. Molto probabilmente, egli dice, i movimenti molecolari variano secondo la densità, il calore specifico, lo stato elettrico dei corpi. Si può ammettere che le vibrazioni molecolari di un corpo agiscono sulla sensibilità solo quando il loro ritmo ha una certa affinità col movimento molecolare dei nervi, in quel modo che una corda vibrante solo in de-

terminate circostanze può trasmettere le vibrazioni ad un'altra corda tesa in vicinanza. Si può ammettere che nell'isterismo le molecole nervose siano più mobili del normale; per qualche ignota causa in un punto lungo il tragitto di uno o più nervi può costituirsi una condizione molecolare anomala, la quale impedisca la regolare trasmissione delle sensazioni e dia quindi l'anestesia, ma se su tal punto leso si fanno giungere vibrazioni molecolari di tale forma da accordarsi con quelle del nervo, le molecole di questo si coordineranno armonicamente in tutto il suo decorso e la sensibilità verrà ristabilita; ma tuttavia solo temporaneamente, perchè l'eccessiva mobilità delle molecole renderà l'equilibrio instabile e facile ad essere turbato per minime cagioni.

Questa teoria se da un lato è consona alle idee più in voga riguardo all'essenza delle azioni nervose, dall'altro è troppo ipotetica ed uscendo fuori dai limiti, di ciò che può essere percepito coi sensi non è suscettibile di discussione ed è ben lungi dal riuscire convincente. (*Arch. d. sciences physiques et naturelles*, Ginevra 1880, e *Bull. gén. de thérapie*, 1880). La questione adunque aspetta ancora di essere risolta.

La spiegazione della metallo-terapia esterna darà ragione altresì, secondo Garel, degli effetti dei metalli presi internamente, poichè la mucosa del tubo gastro-enterico può considerarsi come una cute interna, le cui fibre nervose sensitive sono atte a subire tutte le medesime modificazioni che si verificano in quelle della pelle. (*Lyon méd.* Volume XXXIV, 4 luglio 1880).

Nel maggior numero dei casi, nei quali si ebbero buoni effetti della metallo-terapia trattavasi di iponeurosi isteriche, tuttavia Charcot ritiene che essi siano più pronte e durevoli, quando esistono lesioni cerebrali (1).

Fra i casi più notevoli viene annoverato uno di anestesia e paralisi in una ragazza curata e guarita da Coriveau mediante l'uso interno ed esterno dell'oro, uno di Fenzal di anestesia, ambliopia e discromatopsia medesimamente guarito coll'uso del cloruro d'oro per bocca continuato per tre mesi e coadiuvato dall'applicazione dell'oro alla fronte ed agli avambracci, un terzo di cecità guarito da Dujardin-Beaumetz e Abadie mediante l'oro e l'elettricità statica.

L'Autore espone i seguenti nove casi da lui osservati:

1.° Un giovane conduttore di ferrovia affetto da laringite subacuta presentava abolizione del gusto in modo da non distinguere il sapore del sale di cucina da quello del solfato di chinino, presentava pure ane-

---

(1) « Gaz. des Hôp. » 18 apr. 1878. — « Gaz. méd. » 1878. — « Progr. méd. » gennaio e luglio 1879 e gennaio 1880. — « Lyon méd. » 11 gennaio e 4 luglio 1880. — « Berl. klin. Wochensch. » 29 luglio 1878. — Wien. med. Presse. » gennaio 1879. — « La France méd. » 17 aprile 1878. — « Mém. et Bull. de la Soc. de méd. et de chim. de Bordeaux. » 1878, p. 138.

stesia cutanea bilaterale, in modo da non sentire le due punte dell'estesiometro se non alla distanza l'una dall'altra di 25 millimetri. Dopo l'applicazione dello zinco per quindici minuti egli sentiva le due punte alla distanza di cinque millimetri e distingueva il sapore del sale.

2.° Una giovane signora sofferente per endometrite con antiflessione, dismenorrea e menorragie, accusò una notte torpore e insensibilità all'arto superiore sinistra, dipendenti, secondo la sua opinione, dall'aver sostenuto a lungo un libro un po' pesante. Alla superficie interna dell'antibraccio sinistro le due punte dell'estesiometro non erano sentite se non coll'intervallo di 40 millimetri, mentre nella regione destra omologa bastava una distanza di 25 millimetri. Le punture di uno spillo spinto fino ai muscoli non producevano nè dolore, nè emissione di sangue. Nove dischi di rame applicati sulla regione anestetica vi ricondussero la sensibilità in grado eguale a quella del lato opposto nello spazio di venti minuti. Una seconda applicazione attorno alla mano fu necessaria per ripristinare la sensibilità all'indice. Nel corso della notte l'ammalata si applicò due volte da sè stessa i dischi al ricomparire dei fenomeni. Nei due giorni seguenti si dovettero pure rinnovare le applicazioni sia dei dischi di rame, sia di altri di zinco, e questi davano sensazione di freddo, mentre i primi producevano un bruciore; il ferro era pure efficace, ma in grado minore. Questi metalli avevano pure un effetto ipnotico.

3.° Una giovine cucitrice, ebrea, presentava anestesia con lieve grado di paresi al lato destro e specialmente all'arto superiore. Le punture non erano percepite e non davano sangue, l'udito era assai diminuito a destra ($^{18}/_{40}$) ed un poco anche a sinistra ($^{36}/_{40}$). Le applicazioni più volte ripetute, nel corso di due mesi, dei dischi sia di rame sia di zinco e protratte talvolta fino alla durata di cinque ore continue e di dieci ore in un sol giorno apportarono notevolissimo e durevole miglioramento sì della sensibilità come dell'udito e della forza muscolare. Sotto i dischi di rame si osservò una volta un'eruzione papulosa con punti sanguinanti.

4.° Una ragazza quindicenne istero-epilettica, presentava tratto tratto paralisi della vescica, la quale rendeva necessario il cateterismo. I dischi di rame, zinco e ferro sovrapposti alla spina dorsale ed alla regione della vescica le restituirono la facoltà di emettere l'orina. Un caso di anuria isterica fu pure guarito colla metallo-terapia. (*Brit. med. Journ.* aprile 1879).

5.° Un ragazzo d'anni undici, aveva contrazioni retiniche regolari del muscolo supinatore lungo del braccio destro e di alcuni muscoli della superficie interna delle gambe. L'applicazione di dischi d'oro, di rame, di zinco riduceva le contrazioni da sessanta, quaranta o trenta al minuto a quindici, otto o tre. Il benefico effetto non durava se non poche ore.

In altre ipernevrosi fu sperimentata con successo la metallo-terapia,

cioè in casi di contratture isteriche; corea, crampo degli scrittori, nevralgie, stenocardia, spasmi clonici e tonici (1).

6.° Una giovine di venticinque anni era affetta da isterismo ed endometrite con retroversione e vivi dolori al dorso, che persistettero malgrado la correzione dello spostamento uterino e malgrado l'applicazione di coppette secche, del cauterio attuale, del ghiaccio, dell'elettricità. Lungo la spina dorsale avevasi viva iperestesia. Furono collocate nei punti più dolenti placche di zinco, rame, argento ed oro. Nello spazio di quindici minuti i dolori passarono dalla sede primitiva al sacro e quindi al capo e trasportando su queste regioni i dischi metallici si riuscì a dissiparli, dopo di che l'intero aspetto dell'ammalata si mutò affatto e di triste ed accasciata divenne gaia e fiorente e tale si mantenne per sei mesi. Si notò che eravi un certo grado di anestesia alle mani, ma fu subito corretta con dischi di rame e di zinco.

Dopo i sei mesi ebbe un ritorno dell'iperestesia spinale, che fu prontamente tolta mediante dodici placche d'oro.

7.° Una giovine aveva iperestesia spinale e non poteva sopportare la minima pressione sulle apofisi spinose delle vertebre. Il ghiaccio, il caustico attuale, l'elettricità erano riusciti vani. Guarì mediante l'applicazione ripetuta per sei giorni di nove dischi di zinco.

8.° Una giovine d'anni venticinque, che già aveva avuto retroversione congenita dell'utero, poi corretta, soffriva dolori ai lombi ed al sacro. Era anemica. Doccie, elettricità e strofinazione non le avevano arrecato sollievo. Migliorò invece assai dopo aver portato per due settimane una cintura di dischi d'oro inargentati.

9.° Una giovine donna già affetta da antiflessione dell'utero accusava dolore continuo al dorso ed alla gamba sinistra. Guarì dopo aver portato per due settimane nove dischi di zinco.

10.° Una giovine donna con antiflessione uterina ed endometrite accompagnata da dolori vivi ai lombi migliorò assai dopo aver portato per tre sere per la durata di un quarto d'ora alcuni dischi di rame.

Se si vuole attribuire l'efficacia dei metalli alle correnti elettriche, che essi sviluppano conviene ammettere che l'effetto richiesto non può essere ottenuto se non da una corrente di una determinata forza variabile secondo i casi; l'elettricità applicata con altri apparecchi riesce a nulla, perchè non si può sapere come si abbia a regolare in ciascun caso la sua azione.

Burq asserisce che la metallo-terapia è vantaggiosa anche nei casi di perturbamenti mentali essendo riuscita a calmare il delirio e sedare le alienate irrequiete. (*Gaz. des Hôp.* novembre 1882). D'altra parte però furono notati tre casi in cui la metallo-terapia avrebbe dato effetti nocivi. Dumontpellier racconta che una volta l'applicazione dei dischi di

(1) « Gaz. des Hôp. » 1879, p. 808; 1881, p. 460; 1882, p. 764. — « Archives of medicine. » aprile 1883.

rame dopo quelli di oro, ferro e argento aggravò anzichè dissipare i fenomeni isterici. (*Brit. med. Journ.* ottobre 1878).

Aigre una volta vide le lamine d'oro applicate per due ore a un antibraccio determinarvi assoluta insensibilità (*Thèse de Paris*, 1879) e Vergeley osservò che in un'isterica le applicazioni metalliche furono causa d'ischialgia. (*Bul. gén. de thérapie*, 1880).

L'uso della metallo-terapia richiede una certa pratica e la conoscenza di certe norme, che non sono ancora abbastanza diffuse.

Anzitutto conviene procedere alla metalloscopia, ossia alla scelta del metallo o dei metalli adattati nel caso speciale. Burq e Charcot classificano nel seguente ordine i metalli in ragione della frequenza, colla quale si dimostrano efficaci: ferro, zinco, rame, oro, argento, stagno, platino. (*Gaz. des Hôp.* 7 marzo 1878).

Garel mette in prima linea l'oro ed il rame e mette nella lista anche il piombo. (*Arch. de Neurologie*, 1880).

L'Autore crede pure che il primo posto spetti all'oro.

La *personale sensibilità* può non essere limitata ad un sol metallo, ma estendersi a parecchi, ciascuno dei quali tuttavia per solito in tal caso non spiega se non una azione limitata. Si ha allora il fenomeno così detto del polimetallismo. Lo zinco potrà, per esempio, operare sulla vascolarità della pelle e sulla temperatura e non sulla forza muscolare, che invece subirà l'influenza di un altro metallo. L'effetto benefico può essere prolungato interponendo un metallo neutro, cioè inerte su una parte del corpo fra il punto d'applicazione del metallo efficace ed ai centri del sistema nervoso. Lo stesso scopo si raggiunge sovrapponendo il metallo neutro al metallo attivo. (*Progr. méd.* 27 luglio 1878).

Dumontpallier crede che occorre una settimana di prova prima di dichiarare inerte un metallo e che abbisogni lasciar trascorrere due o tre giorni d'intervallo prima di ripetere le esperienze con un altro. Si adoperano dischi del diametro di circa tre centimetri muniti di una solcatura sulla superficie superiore per poterli assicurare con un nastro. Alcuni autori richiedono che i metalli siano purissimi, ma non è dimostrata l'assoluta necessità di una tale condizione, bensì i dischi dovranno essere levigati e senza margine tagliente. Se si adoperano dischi metallici rivestiti d'altro metallo come oro, argento o stagno, gli effetti possono variare a seconda delle circostanze. Se il rivestimento è di una sola superficie è come se si impiegassero due dischi di metalli differenti sovrapposti, cioè non si avrà effetto utile se non quando entrambi i metalli sieno attivi, poichè se l'uno fosse attivo e l'altro neutro, questo spegnerebbe l'attività del primo e l'azione sarebbe nulla, come se entrambi fossero inerti. Qualora poi il rivestimento si estendesse alle due superfici saremmo nel caso di tre dischi sovrapposti, secondo la già enunciata legge della tensione, e l'effetto sensibile sarebbe quello dei dischi estremi della serie, ossia in ultima analisi come se il disco fosse semplicemente composto del metallo, che forma il rivestimento.

Burq crede che la durata ordinaria della cura sia di quindici settimane, ma si può oltrepassare questo termine se il miglioramento è lento, come si può riprendere la cura dopo che fu abbandonata, se si rinnovano i disturbi. Egli è solito cambiare ogni giorno la regione dove si fa l'applicazione metallica.

Charcot suole prescegliere gli avambracci. Se il numero dei dischi che si adoperano è troppo scarso l'effetto è minimo. Per lo più ne occorrono almeno nove o dieci: l'azione fisiologica si manifesta in un un breve spazio di tempo, che può variare da pochi minuti a due ore, ma a scopo terapeutico l'applicazione può prolungarsi indefinitamente, finchè cessino i disturbi contro ai quali essa è diretta, oppure finchè essa, come talora succede, non venga a perdere la propria efficacia.

Secondo Burq la cura deve essere compita mediante l'interna somministrazione di quel metallo, che si è dimostrato efficace esternamente. Internamente i metalli si danno sotto forma di polveri, fogli sottili, sali, acque minerali. Il piombo non può essere prescritto se non sotto quest'ultima forma. Quando sia d'uopo si può anche ricorrere alla via ipodermica.

Quando un metallo riesce attivo esso produce bruciore più o meno intenso, di raro senso di freddo, rossore della cute, sudore, eruzione vescicolare, senso di punture, di peso e grande sonnolenza. Si ha aumento della forza muscolare e anche della temperatura cutanea localmente nonchè i fenomeni già indicati di ritorno e trasferimento della sensibilità.

Nell'acromatopsia la facoltà di distinguere i colori ritorna in ordine inverso a quello in cui essa fu perduta, quindi prima rinasce la visione del violetto, poi del verde, del rosso, del giallo e del turchino (1).

11. Eskridge J. T. (2). — *Case of general neuralgia.* (Un caso di nevralgia generale), pag. 191.

G. B. tedesco, dell'età di 29 anni, ammogliato, con tre figli sani, immune da ogni infezione sifilitica, di condizione lavorante in una fonderia, figlio di padre morto per malattia spinale e di madre vivente, ma sofferente di dolori addominali, fu accettato nell'Ospitale il 15 gennaio 1883, siccome affetto da molteplici nevralgie.

Due anni prima avendo dormito una notte in un letto umido incominciò a provare un dolore ottuso, ma abbastanza intenso al dorso ed ai lombi, cui dopo un mese si aggiunse un'ischialgia sinistra. Non cessò però di lavorare, quantunque zoppicante e in breve guari senz'altro residuo che una certa sensibilità alla pressione del nervo ischiatico si-

---

(1) Intorno alla metalloscopia, metalloterapia, ecc. veggansi in questi *Annali* i lavori non ricordati nel sopradetto articolo del Maggiorani (1878, CCXLIV, 168), Parona (1879, CCXLIX, 336), Fubini, Grocco (1881, CCLVI, 390).

(2) Medico negli Ospitali di S. Maria e Jefferson a Filadelfia.

A. Smith reduce dalle Ande peruviane richiamò l'attenzione all'altezza sul livello del mare, quale utile coefficiente terapeutico e fu seguito da Jourdanet, Kuechemeister, Weber, Lombard ed altri (1), i quali ne attribuirono i beneficii o alla diminuita pressione, o alla siccità, o alla fresca temperatura o alla purezza dell'aria con abbondanza di luce.

Gli elementi che ora si prendono in considerazione per determinare la classificazione di un clima sono principalmente tre:

1.° La pressione atmosferica;

2.° La temperatura considerata nelle sue medie e nelle sue variazioni diurne, mensili ed annuali;

3.° Lo stato igrometrico.

In via subordinata poi si tiene conto:

a) Dell'intensità ed abbondanza dei raggi solari, della purezza, trasparenza e diatermicità dell'atmosfera, del numero dei giorni sereni e nuvolosi in un mese ed in un anno;

b) Della frequenza, velocità e direzione dei venti;

c) Dello stato elettrico e suoi cangiamenti;

d) Della quantità di pioggia, grandine e neve che per solito in un dato periodo vengono a cadere;

e) Della produzione di ozono.

L'eccessiva umidità combinata col freddo è, come è noto, causa feconda di inflammazioni acute delle vie aeree, l'umidità colla temperatura elevata favorisce le congestioni venose, la degenerazione caseosa, le infezioni.

La tisi polmonare proviene dalla concomitanza delle forme acute e croniche tanto dell'inflammazione, quanto dell'infezione. L'inflammazione cronica dà la cirrosi, e quella subacuta le escavazioni del polmone, la infezione cronica dà la tubercolosi localizzata, quella acuta la tubercolosi miliare.

La tubercolosi prevale nella zona torrida, la tisi da processi inflammatorii nelle regioni settentrionali.

Nell'atmosfera si ha pure il pulviscolo in gran parte inorganico, ma in parte organico, nel quale si comprendono i microrganismi. La polvere inorganica sovrabbonda dove si ha siccità, i microrganismi invece dove siavi umidità e calore, l'una agisce come irritante meccanico e

---

(1) Lombard. « Les climats de Montagnes. » — Archibald Smith. « Edinburgh Medical and Surgical Journal » 1840. — Jourdanet. « Le Mexique et l'Amérique tropicale: climat, hygiène et maladies. » Herman Weber. « Med. Chir. Transact. » vol. 3 e 52. — Burney Yeo. « Health Reports » 1882. — Crenmer. « Die chronische Lungenschwindsucht » 1879. — Dettweiler « Behandlung der Lungenschwindsucht » 1882. — Alfred. Wise. « Davos Platz » 1881.

tende a produrre infiammazione, gli altri invece sono agenti d' infezione.

Bowditch di Boston ha stabilito che la causa immediata della tisi è l'umidità del sottosuolo (1), la quale fornisce sempre abbondante vapor acqueo all'aria e nella stagione calda favorisce la moltiplicazione dei microrganismi.

Per la cura della tisi si richiederebbe dunque un clima secco, uniforme e fresco. La difficoltà sta nel trovare riunite queste tre condizioni. L'aria asciutta e fresca si ha nelle stazioni elevate, ma ivi gli sbalzi di temperatura sono frequenti, normali. E invece di avere uniformità di temperatura, si ha eccesso di umidità. Converrà dunque regolarsi diversamente secondo i casi speciali. Per gli ammalati molto deboli, anemici sarà importante sopratutto di avere l'uniformità di temperatura, per quelli dotati di maggior resistenza organica si ricercheranno massimamente le altre condizioni.

Le osservazioni e le esperienze istituite dietro un solo criterio, come quello della temperatura o dell'elevazione non diedero risultati costanti e quindi molti pratici anche eminenti addivennero a conclusioni estremamente vaghe. Così Loomis crede che ogni tisico richiede speciali condizioni climatiche, che non si possono riconoscere se non dietro la norma delle sensazioni di caldo, freddo, bene o malessere da lui stesso provate, onde ogni ammalato dovrebbe cambiare di continuo di soggiorno, finchè trova quello ove si verifica in lui un miglioramento. Flint invece nota come più volte siano riusciti benefici i bagni di mare, ma ritiene che nelle cure climatiche il vantaggio più che da altro provenga dalla vita all'aperto, dalla mancanza di fastidiosi pensieri, dalla buona alimentazione e così via.

Per conoscere le opinioni dei colleghi, l'Autore distribuì un questionario ed ebbe ottantasei risposte. Le sue interrogazioni si riferivano all'influenza sull'andamento della tisi dei tre principali fattori del clima l'elevazione, lo stato igrometrico e la temperatura.

Riguardo alla prima molti risposero che non era dimostrato che essa esercitasse una speciale influenza, mentre altri, ma in minor numero, ammisero l' utilità di un soggiorno in luoghi piuttosto elevati sia in ragione dell'aria più pura che vi si può respirare, sia perchè il suolo vi è più asciutto e non dà emanazioni miasmatiche e l'atmosfera è meno carica di germi infettivi, fra i quali vi possono essere anche quelli del baccillo supposto causa della tubercolosi come risulta dalle osservazioni

(1) « Topographical destribution and local origin of consumption in Massachusetts, Med. Communications, Mass. Med. Soc. » Vol. X, 1862.
« Consumption in New England and Elsewhere; or soil moisture one of its chief causes » 1868.

di Tyndall (1); sia infine perchè l'aria rarefatta obbliga i polmoni da una maggior espansione e il cuore ad un lavoro più energico, quantunque i battiti alla lunga si rendano meno frequenti, onde si ha dilatazione maggiore del torace in tutti i suoi diametri sia nei sani come negli ammalati e in questi, quando un polmone solo sia leso, tanto in corrispondenza di questo, quanto dal lato opposto (2).

Circa allo stato igrometrico quasi tutte le risposte si accordarono nel riconoscere vantaggiosa la siccità atmosferica, la quale però non può essere di alto grado se non in luoghi molto elevati oppure molto addentro nei continenti e quindi molto discoste dal mare. Fra i soggiorni che vengono comunemente consigliati agli ammalati di petto il solo Egitto presenta un clima secco senza che vi si associ una considerevole altezza sul livello del mare e Williams ne avrebbe constatato i favorevoli effetti in cinquantacinque casi (3). Il clima secco permette una facile traspirazione sia dalle superficie cutanea che da quella dei polmoni, e ciò va a vantaggio della regolarità della pressione nel sistema vascolare; esso inoltre tende a combattere ed arrestare i processi di esulcerazione e di decomposizione.

Infine sul terzo punto molti concordarono nel vantare i benefici effetti dell'uniformità di temperatura, non dimenticando però di avvertire che si deve, per quanto è possibile, evitare l'eccessiva umidità, che ne è quasi sempre l'inseparabile compagna.

Tenuto conto del modo con cui si trovano associate in natura le accennate circostanze di elevazione, stato igrometrico a temperatura i climi si possono distinguere in due categorie: sedativi e stimolanti. I primi sono caratterizzati dall' uniformità di temperatura calda, mite o fresca congiunta con un grado considerevole o moderato di umidità; mentre i secondi vengono contraddistinti da grande o mediocre siccità con varia elevazione sul livello del mare e temperatura fresca o fredda.

---

(1) « Deutsche medicinische Wochenschrift » N. 50, 9 dicembre 1883, p. 687.
John Tyndall. « Floating matter of the air in relation to putrefaction and Infection.
Ferdinand Cohn. « Bacteria. »
W. T. Belfield. « Lectures on the relation of microrganisms to disease. » — « Medical Record » 24 febbraio 1884.
« New York Medical Journal » giugno 1883.
Loomis. « Diseases of the respiratory organs » 1882.
(2) Th. Williams. « Treatment of the phthisis by residence at high attitudes » Londra 1882.
Ornelles. « De l'influence du climat des Andes sur la phthisie ».
Ch Denison. « Rocky Mountain Health Resorts. »
(3) Rudolph von Vivenot. « Ueber die Messung der Luftfeuchtigkeit. » — « Schmidt's Jahrbucher » vol. 132, p. 248.
« Medico-chirurgical Transactions » vol. LV.

Questa divisione sotto l'aspetto terapeutico torna più opportuna di quella pur molto in voga di climi marini e climi continentali, che riesce troppo vaga, quantunque sotto il rapporto dell'uniformità di temperatura e dell'umidità i climi marini corrispondono a quelli sedativi, mentre per le variabilità della temperatura e la siccità i climi continentali corrispondono a quelli stimolanti.

Generalmente si ritenne dai medici interpellati dall'Autore che quando vi è un deciso stato irritativo della mucosa bronchiale e tendenza manifesta all'infiammazione del tessuto polmonale o probabilità di recidiva. se essa fu da poco superata, convengono i climi sedativi. L'Autore però ritiene che questi non sieno da considerarsi se non come spedienti palliativi da servire di vie di transazione ai climi stimolanti. Nei casi invece di escavazione o indurimento negli apici polmonali con andamento lento senza marcati fenomeni irritativi quasi tutti i medici suddetti concordarono nel considerare indicati i climi, tonici purchè la malattia sia nel primo stadio, e secondo alcuni, anche nel secondo.

Variarono le opinioni circa la convenienza per gli ammalati di non soggiornare permanentemente in una medesima località oppure di trasferirsi a seconda delle stagioni dal mezzodì al settentrione o dalle pianure alle montagne e viceversa.

I risultati praticamente accertati della cura climatica contro la tisi si possono così riassumere:

Il soggiorno in luoghi molto elevati conta molti successi; l'influenza benefica sul cuore, sul torace, sui polmoni è manifesta.

L'atmosfera secca, indipendentemente dall'elevazione sul livello del mare, quale si ha in Egitto, si è pure in buon numero di casi dimostrata vantaggiosa specialmente per la sua proprietà di favorire l'evaporazione cutanea e polmonare e quindi influire favorevolmente sulla circolazione del sangue e sua pressione nel sistema vascolare.

L'uniformità di temperatura vanta molti esempi di soste più o meno prolungate nel progresso della malattia, ma pochi di guarigione definitiva. Il suo effetto più sicuro si è quello di calmare i sintomi irritativi ed infiammatorii. Essa permette di approfittare largamente dell'aria libera, ma questa in tali climi è priva affatto di quelle qualità stimolanti, che le provengono dalla rarefazione e dalla temperatura fresca o fredda.

13. Westbrook B. F. (1). — *On Dispnoea.* (Della dispnea).

I fattori della respirazione normale sono i polmoni, le vie aeree superiori, le pareti toraciche, la pleura, l'innervazione, l'apparato circolatorio, le condizioni dell'ambiente. Ognuno di questi fattori quando soffre perturbamenti o alterazione può divenire causa di dispnea.

---

(1) Medico in capo della divisione delle malattie di petto nell'Ospitale S. Marie e Brooklyn (New York).

Il centro respiratorio giace nel midollo allungato come è noto, appena sotto la punta del calamo scrittorio. Nelle sue vicinanze hanno origine i nervi facciale, glosso-faringeo, pneumo-gastrico, accessorio, frenico ciascuno dei quali innerva qualche parte dell'apparato della respirazione, anche i nervi spinali che vanno alle pareti toraciche e addominali devono avere diretta comunicazione col centro respiratorio ma essa non fu ancora perentoriamente dimostrata. Il centro respiratorio alla sua volta ha connessioni col cervello, come lo dimostra l'influenza degli atti psichici sopra il ritmo del respiro.

Al momento del passaggio dalla vita fetale a quella estrauterina, cessata l'ossigenazione del sangue per mezzo della circolazione placentale, l'eccesso di acido carbonico nel sangue eccita il centro respiratorio, che mette in moto i muscoli da esso dipendenti. Col dilatarsi del torace non soltanto si aprono le ultime diramazioni bronchiali e le vescicole polmonari ma anche i vasi polmonari, che quindi attirano il sangue dell'arteria polmonare, perciò diminuisce la pressione nel dotto arterioso, la cui contrattilità, non più controbilanciata, riesce a restringerlo e finalmente a chiuderlo del tutto.

Nella stesso tempo il sangue ossigenato apportato dalle vene polmonari distende l'orecchietta sinistra in modo da arrestare il passaggio del sangue attraverso il foro ovale, che essendo munito di cercini muscolari va pure restringendosi fino a chiudersi.

Nelle condizioni ordinarie la mancanza di ossigeno nell'emoglobina non determina se non l'eccitamento periodico del pneumogastrico, accessorio, frenico ed intercostale; ma quando il bisogno è più vivo lo stimolo si estende in alto al facciale ed in basso ai nervi dei muscoli dorsali e addominali, donde l'elevarsi delle pinne del naso e l'aprirsi della bocca, e il sollevarsi più marcato e alternato del petto e del ventre. È notevole che nell'asfissia i muscoli espiratori si contraggono più violentemente dagli ispiretori, onde al momento della morte il torace resta nella posizione di espirazione. L'accumulo di acido carbonico sembra operare più potentemente come narcotico del cervello, che non quale stimolante del centro respiratorio.

Tra le cause più rimarchevoli di dispnea oltre le comuni malattie polmonari, pleuriche e cardiache vanno notate le seguenti: degenerazioni dei muscoli, spasmi tetanici epilettici ed eclamptici, la contrattura dei muscoli adduttori delle corde vocali, le paraplegie, le paralisi difteriche, le paralisi bulbari, l'atassia locomotrice, la paralisi generale degli alienati, la pressione diretta di aneurismi, i tumori, la paralisi dei muscoli abduttori delle corde vocali, le lesioni cerebrali capaci di far spiegare ai centri nervosi superiori un'azione inibitoria esagerata sul centro respiratorio del midollo spinale.

Si deve distinguere la dispnea continua da quella che si manifesta soltanto in occasione che si eseguiscono movimenti o sforzi, come avviene nelle condizioni di anemia, bronchite, enfisema polmonare, vizii

cardiaci o vascolari, piccoli versamenti pleurici. La dispnea continua è propria della pleurite e pneumonite acuta, della pericardite con essudato liquido, della tisi, della peribronchite, della pneumonite interstiziale cronica con o senza bronchectasie, della bronchite fibrinosa, della stenosi laringea.

L'ortopnea accompagna frequentemente le malattie acute della pleura, dei polmoni e del pericardio e quasi sempre l'edema polmonare esteso, nonchè i gravi vizii cardiaci.

Vi è anche una dispnea spasmodica che pure può salire al grado di ortopnea e si presenta a parossismi con intervalli di più o meno libera respirazione. Essa accompagna la laringite stridula, lo spasmo dei muscoli adduttori laringei, l' asma nervoso, l' asma timico, l' angina di petto, gli aneurismi dell'aorta, i tumori che comprimono i pneumogastrici e la malattia di Bright cronica, nella quale secondo Johnson G gli accessi sarebbero determinati dalla contrazione prolungata delle piccole arterie polmonari.

Si deve pur distinguere la vera dispnea dal semplice acceleramento del respiro che accompagna la febbre. In questo caso i movimenti respiratori sono non di molto più frequenti del normale, che è di diciotto o venti respirazioni al minuto e affatto superficiali. Pare che soprattutto vengono prodotti dal soverchio eccitamento apportato al centro respiratorio dall'accresciuta temperatura del sangue.

Vi è pure finalmente una pseudo-dispnea o dispnea allucinatoria, che si osserva nelle donne con tendenze nevrosiche. Havvi in esse reale ed intenso senso di soffocazione, ma il volto e la mucosa non rivelano indizii di cianosi, la percussione e l'ascoltazione danno risultati normali. È possibile che la dispnea della malattia di Bright sia press'a poco di questa natura.

14. Hamilton Mc Lake Allan. — *Upon transferred patellar tendon-reflex.* (Del riflesso tendineo incrociato del ginocchio), pag. 302.

Quando esiste il così detto trasporto dei sintomi, cioè quando una, causa, che normalmente determina un movimento dal lato medesimo su cui agisce, produce invece una reazione dal lato opposto si deve ricercare la spiegazione nel sistema di commessure esistenti nel midollo spinale e nel cervello.

Ross ed altri richiamarono l'attenzione su certi movimenti riflessi incrociati che nelle alterazioni delle colonne laterali vengono prodotti dall'eccitamento del periostio o delle fasce muscolari. L' Autore fin dal 1873 osservò che nella sclerosi spinale posteriore irregolare colla galvanizzazione del quadricipite di una gamba si potevano provocare contrazioni del medesimo muscolo nell'altra. Il fatto fu poi constatato anche da altri ed è ormai passato nel dominio della clinica.

Una nuova fase dell' attività riflessa viene dimostrata dal seguente caso.

Un uomo attivo, sebbene piuttosto buontempone, dell'età di 48 anni, immune da sifilide, senza antecedenti ereditari nervosi, incominciò a presentare irrequietudine, irritabilità, depressione e melanconia. Faceva discorsi piuttosto millantatori, senza che fossero così stravaganti come nella demenza paralitica. A quest'epoca egli si accorse che il braccio destro era più debole del sinistro e facilmente veniva colto da tremolio. I medesimi sintomi poco dopo si estesero all'altro braccio ed alle gambe onde l'incesso divenne malagevole e faticoso. Negli arti inferiori aveva dolore, non anestesia.

Questo stato si prolungò per quattro anni finchè l'ammalato venne in cura dell'Autore. Egli presentava le apparenze della malattia di Parkinson e la fisonomia aveva un'espressione ansiosa e addolorata. L'innervazione facciale era debole e un tremolio fibrillare si palesava specialmente nell'orbicolare e nell'elevatore dell'angolo della bocca, quando egli tentava di parlare. La lingua era pure tremolante e tendeva a ritrarsi all'indietro, quando veniva spinta fuori della bocca, la parola era lenta, sillabata, e l'articolazione delle labiali e delle linguali decisamente difettosa. Entrambe le papille dei nervi ottici presentavano un principio di atrofia grigia, ma non eravi paresi dei muscoli oculo-motori e neppure emiopia. La pupilla destra era più larga della sinistra. Quando sedeva l'ammalato stava col corpo ricurvo, a capo chino ed in preda a un generale tremolio, che accrescevasi ad ogni eccitamento. L'andatura era incerta ed affrettata e i piedi erano tenuti piuttosto discosti. La sensibilità elettrica muscolare era alquanto accresciuta. L'atto dello scrivere riusciva difficile e i caratteri risultavano angolosi e malformati. I discorsi portavano l'impronta dell'esagerazione e della vanità.

I moti riflessi erano tutti esagerati da entrambi i lati e venivano provocati dal minimo stimolo cutaneo o tendineo. Quando l'ammalato era in posizione incomoda o teneva i piedi su di una sedia il tremolio delle coscie e dei tendini d'Achille si rendeva violento. I riflessi cremasterici e addominali erano assai pronunciati. Avevasi pure il riflesso tendineo crociato, cioè quando le coscie erano appoggiate su di un sostegno e le gambe penzoloni un lieve colpo sul ginocchio destro faceva balzare all'avanti la gamba sinistra e viceversa. Il fenomeno era costante, ma il trasporto non verificavasi per nessun altro riflesso.

Questo caso differiva da quelli riferiti da Ross (*The Diseases of the Nervous System*, vol. I. pag. 153) in quanto che il riflesso crociato era unico, costante e puramente tendineo, mentre negli altri i riflessi venivano provocati dalle lievi percosse anche sulle ossa e sulle fascie muscolari, ed ora si verificavano dal lato stesso su cui agiva lo stimolo, ora da quello opposto.

È probabile che il riflesso rotuleo crociato potrà essere osservato più di frequente, quando nel farne la prova si abbia l'avvertenza di far te-

nere all'ammalato ambedue le gambe pendenti e non già, come per lo più si suole, l'una accavallata sull'altra.

È molto probabile che siano più numerose di quanto finora si è creduto le fibre dei fascetti esterni delle radici spinali posteriori, le quali passano all'avanti e si decussano, oppure può darsi che il gruppo interno di grandi cellule motrici riceva fibre sensorie di connessione, le quali talora potranno essere più numerose delle dirette.

Nel caso citato si può ritenere che sia per malattia delle fibre sensitive, dirette, centripete in quella parte del midollo spinale, donde hanno origine il secondo, terzo e quarto nervo lombare, sia per un anomalo sviluppo delle fibre crociate lo stimolo periferico giungendo al midollo spinale passi al lato opposto, e precisamente nel corno anteriore, essendo abolita l'azione inibitoria proveniente da entrambe le colonne laterali.

15. Webster David (1). — *Two cases of quinine amaurosis.* (Due casi di amaurosi prodotta dal chinino).

1.° Un giovinetto studente di sedici anni colto da febbre con brivido prendeva in una notte parecchie dosi di chinino. Al mattino egli era affatto cieco e tale rimaneva per due o tre ore. A poco a poco poi ricuperava la vista, ma non perfetta come prima.

Sette anni dopo presentava all'oftalmoscopio striscie biancastre nella retina sinistra lungo i rami nasali della vena centrale e la papilla alquanto pallida.

La vista era diminuita da entrambi gli occhi, ma mentre a destra migliorava con una lenta convessa, a sinistra non era suscettibile di sussidio.

2.° Una signora essendo stata colta dal cholera fu coperta di senapismi e di coppette e ricevette per clisteri in varie riprese nello spazio di circa trentasei ore oltre cinque grammi di chinino sciolto nel latte, nel brodo o nell'acqua amidata. Un altro grammo e mezzo nel giorno seguente le venne somministrato per bocca, consumata la qual dose la malattia era superata, ma la donna trovavasi sorda e cieca. La sordità spariva in pochi giorni, ma la cecità persisteva per ben nove mesi; finalmente la vista ricominciava a riacquistarsi in modo però che non si poteva effettuare se non dall'angolo esterno di entrambi gli occhi, poi gradatamente si estendeva al centro della pupilla, ma gli oggetti apparivano come attraverso una densa nebbia giallognola o dorata.

All'esame oftalmoscopico si osservarono le retine anemiche, i vasi sanguigni per la maggior parte obliterati e sostituiti da linee bianche, che accompagnavano pure quei pochi tuttora permeabili, presso le papille eranvi indizii di produzioni di tessuto connettivo, ed alcuni depositi sulla

---

(1) Professore di oftalmologia nella policlinica di Nuova York.

capsula anteriore della lente. Le pupille rispondevano normalmente alla luce.

Una cura di iniezioni ipodermiche di nitrato di stricnina rimase senza effetto.

L'Autore non dubita minimamente che la causa vera dell'amaurosi non sia realmente il chinino, anzichè la malattia contro la quale esso venne somministrato. Molti casi consimili furono già pubblicati e si trovano rammentati e commentati in un lavoro di Knapp. (*Archives of Ophthalmologie*, vol. X).

VARIETÀ

I calori del luglio. — Come notammo in questi *Annali* lo straordinario freddo del dicembre 1879 (Vol. CCXLIX, p. 553) noteremo ora le altissime temperature della seconda decade di luglio, servendoci per guida della *Rivista meteorico-agraria*, pubblicata dall' Ufficio centrale di Meteorologia e prendendo da ognuna delle 12 Regioni, in cui è divisa l' Italia a tale fine, la *stagione* che notava il maggior grado di calore.

Regione	Città	Estremi termografici			Media decadica
		Minimo	Massimo	Giorni	
I. Liguria .	Massa-Carrara	21,5	33,5	13.18	26,9
II. Piemonte	Novara	17,0	36,0	11.19	26,3
III. Lombardia	Mantova	17,6	38,4	11.18	28,1
IV. Veneto .	Treviso	17,4	37,8	20.18	27,8
V. Emilia .	Ferrara	17,9	37,7	11.19	27,1
VI. Marche ed Umbria .	Ascoli	16,0	38,0	20.19	28,2
VII. Toscana .	Arezzo	15,8	38,7	20.19	27,2
VIII. Lazio . .	Roma	19,6	36,0	12.18	27,1
IX. Meridionale Adriatica	Foggia	22,0	40,0	15.19.18	29,6
X. Meridionale Mediterr.	Benevento	17,3	42,0 ?	14.18	24,6
XI. Sicilia. .	Palermo	16,5	36,2	13.19	27,1
XII. Sardegna	Cagliari	19,8	35,6	11.47	27,3

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA SUI DISINFETTANTI E SULLE DISINFEZIONI

del dott. GIUSEPPE SORMANI
Professore d'Igiene nella R. Università di Pavia

BIBLIOGRAFIA.

VARIETÀ.

RIVISTA DI PATOLOGIA SPECIALE E CLINICA MEDICA

del Prof. A. DE-GIOVANNI e Dott. P. PENNATO di Padova

Le Gendre — *La malattia di Graves-Basedov ed i gozzi esoftalmici.*

Raymond, Artaud — *Afasia con integrità della terza circonvoluzione frontale sinistra, ecc.*

Letulle — *Nota a proposito di un caso di balbuzie complicata a tic coordinati multipli.*

Borgherini — *Frattura della volta del cranio, emiplegia destra di origine corticale, ecc.*

Curschmann e Eisenlohr — *Sulla patologia e sull' anatomia patologica della neurite e dell'* herpes zoster.

Canali e Zampettai — *Sulla pneumonite crupale acuta.*

Grancher — *Sulla splenopneumonite.*

Laganà — *Un caso di aneurisma della parete posteriore dell' arco dell'aorta.*

Cohn — *Un caso di stenosi tricuspidale di alto grado con infarti polmonali emorragici.*

Rondot — *Endocardite ulcerosa della tricuspide nel corso di un'itterizia cronica.*

Derignac e Moussous — *Endocardite blennorragica.*

Packer — *Ulcera gastrica con emorragia straordinariamente grave.*

Glax — *La gastrite.*

Prioleau — *Caso d' ostruzione intestinale per volvulo all' unione dell'S iliaco e del retto.*

Nothnagel — *Sul comportarsi delle evacuazioni nel catarro cronico intestinale.*

Waugh — *Caso istruttivo di occlusione intestinale.*

Atkinson — *Trattamento della stitichezza abituale.*

Sawyer — *Note sul trattamento di forme gravi di costipazione e ostruzione intestinale.*

Rabère — *Contribuzione allo studio del trattamento dell' occlusione intestinale mediante la puntura dell'intestino.*

Galvagni — *Sopra un caso di mesenterite in un saturnino.*

Arnozan — *Presenza dello zucchero nel liquido dell' ascite di un cirrotico.*

Roy — *Un caso di versamento cistico peritoneale.*

Pernice — *Essudato purulento peritoneale simulante idrope ascite, guarito colla paracentesi.*

Ferrier — *Perforazione dell'appendice ileo-cecale determinata per la presenza d'un corpo straniero.*
Goix — *Contributo allo studio della peritonite acuta sotto-ombellicale.*
Petrone — *Nuove ricerche sulla clorosi.*
Peiper — *Sull'injezione parenchimatosa di soluzione arsenicale in un tumore leucemico della milza.*
Artaud — *Sulla nefrite determinata da compressione degli ureteri nel corso del cancro dell'utero, ecc.*
Lapponi — *Dell'acido picrico come reattivo dell'albumina.*
Dieulafoy — *Trasfusione del sangue nella malattia di Bright.*
Ziemssen — *Sul tifo recidivo.*
Liandier — *Delle cisti idatiche del fegato aperte nello stomaco specialmente dal punto di vista pronostico.*
Demons — *Cisti idatica del fegato complicata a versamento di bile.*
Rubino — *Contribuzione clinica allo studio della cirrosi epatica volgare.*
De Giovanni — *Studj morfologici sul corpo umano a contribuzione della clinica.*

Le Gendre. — **La maladie de Graves Basedow et les goîtres exophthalmiques.** (*La malattia di Graves Basedow, ed i gozzi esoftalmici*). In: *Union Méd.* N. 131, 1883.

Lo schema classico della malattia di Graves consistente nei tre sintomi fondamentali: gozzo, esottalmo, e cardiopalmo, perchè potesse comprendere tutti i casi, fu di molto allargato in ciascuno dei suoi termini. Così il gozzo può essere risultato di una iperemia (anche intermittente) come di una iperplasia, o di un tumore; i disordini dell' apparecchio oculare, non sono sempre nè soltanto l'esottalmo. De Graefe dà per patognomonico il difetto di consenso fra il movimento della palpebra, e l' elevazione o l' abbassamento del bulbo oculare, i disordini dell'apparecchio cardio-vascolare qualche volta non sono soltanto funzionali, ma si associano a dilatazione delle cavità, a lesioni degli orifici. Inoltre fu necessario ammettere dei casi *frustes*, in cui mancava l'uno o l'altro dei sintomi principali.

L' Autore ricorda due studii interessanti che contribuiscono a modificare il concetto della malattia di Basedow. In uno di questi (Marie. « Contribution à l'etude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow » 1883) è dimostrato che il tremore segnalato per la prima volta da Charcot nel 1862, è un sintoma quasi costante, qualche volta manifestissimo, qualche volta così poco marcato che conviene mettere il malato in posizioni speciali per averlo (tremore generale; movimenti fibrillari (tranne alla faccia o alla lingua, oscillazioni). Questo tremore studiato col miografo avrebbe segni differenziali con altri

tremori. Secondo Marie per la diagnosi di morbo di Basedow, sarebbe sufficiente questo tremore senza aumento di temperatura, e la tachicardia permanente.

Ballet (« Revue de med. » 1883) mise in luce alcuni fatti dipendenti dal sistema nervoso centrale, sia d'ordine convulsivo, sia d'ordine paralitico, con disturbi nella sensibilità; secondo questo Autore l'albuminuria, glucosuria e poliuria che sono più frequenti di quel che si creda in questa malattia, starebbero a indicare un disordine nell'innervazione del bulbo e della protuberanza, e la malattia di Graves non sarebbe che una delle tante modalità sintomatiche con cui si traduce la diatesi nervosa. Questo modo di vedere non è completamente accettato da Legendre che ricordate le varie teorie patogeniche [1.° *cardio vascolari* (dilatazione delle cavità, insufficienza tricuspide-anemia); 2.° *nervose* (lesioni del pneumogastrico del gran simpatico — del midollo — del cervello); 3.° *meccaniche compressioni* degli organi del collo] conclude esser necessario distinguere malattie di Graves-Basedow, dai gozzi esottalmici. Colla prima di queste denominazioni si indicherebbero casi di ordine medico in cui la triade dei sintomi, è più o meno completa, ma la presenza isolata dell'esottalmia e del gozzo non è necessaria per caratterizzare la malattia.

Col nome di gozzi esottalmici sarebbero da indicarsi quei casi bene autentici di gozzo, o piuttosto di tumori tiroidei accompagnati o seguiti da tachicardia, esottalmo, ecc., nei quali l'estirpazione del gozzo sembra poter guarire o diminuire gli altri sintomi.

RAYMOND ET ARTAUD. — **Aphasie avec integrité de la troisième circonvolution frontale gauche et lésions das faisceaux blancs sousjacents.** (*Afasia con integrità della terza circonvoluzione frontale sinistra e lesione dei fasci bianchi sottoposti*). In: *Gaz. méd. de Paris.* N 47, 1883.

Dalla terza circonvoluzione frontale parte un fascio di fibre bianche che traversa il segmento anteriore della capsula interna all'avanti del fascio motore degli arti, occupa nel peduncolo la parte più interna, e s'arresta al bulbo. È il fascio pediculo frontale di Pitres. Ai numerosi fatti di afasia dovuta a lesione di queste fibre gli autori aggiungono uno di propria osservazione. Nel quale si trattava oltre ad altre lesioni, di emiplegia destra con afasia prodotta da un vasto focolajo di rammollimento centrale che avendo lasciata intatta la circonvoluzione di Broca e l'insula occupava il nucleo lenticolare del corpo striato e la capsula interna, e sezionava il piede delle circonvoluzioni frontale ascendente e terza circonvoluzione frontale sinistra.

Il fascio pediculo frontale di Pitres, è destinato ad assicurare le comunicazioni fra il centro corticale rinchiuso nel piede della terza frontale e la periferia, se le fibre di questo fascio sono distrutte, la sezione del conduttore equivalendo alla distruzione del centro, ne risulta l'afasia.

Letulle. — **Note à propos d'un cas de bégaiement compliqué de tics coordonnés multiples.** (*Nota a proposito d'un caso di balbuzie complicato a tic coordinati multipli*). In: *Gaz. méd. de Paris*. N. 45, 46, 1883.

Il tic che non è il *doloroso*, non è necessariamente un tic convulsivo: secondo l'Autore tutti i tic detti convulsivi non sono scosse muscolari, irregolari, incoordinate. Egli distingue i *tic* convulsivi, ed i tic coordinati: quelli sarebbero costituiti da convulsioni violente, irregolari, questi sarebbero gesti ripetuti, involontarii, ritmici. In un caso osservato dall'Autore la balbuzie era associata a contrazioni circoscritte alla lingua, alle labbra, al braccio sinistro, al tronco: esse ripetevansi frequentemente, ma solo durante l'azione del parlare, o meglio durante il balbettamento, ed erano involontarie, incoscienti; la sospensione dello sforzo del parlare le interrompevano istantaneamente.

La coesistenza del disordine del linguaggio articolato, e del disordine motorio, ritmico, di un braccio, del tronco, della lingua non è casuale. È ragionevole credere che balbuzie e *tic* sono la stessa malattia, lo stesso disordine funzionale, variabile unicamente per la diversità della regione affetta dallo spasmo involontario. La balbuzie è un tic della parola, la cui origine dev'esser cercata come per tutti i tic in generale nel disordine funzionale dei centri nervosi. Tanto i balbuzienti che gli affetti dai *tic*, sono soggetti nervosi. La differenza tra questi e quelli è solo apparentemente profonda perchè nel balbuziente v'è l'imbarazzo di una delle funzioni motrici delle più preziose per l'uomo, la facoltà della parola, ma la parola non è che un atto motorio che trasmette l'idea, la materializza, rendendola accessibile alle sensazioni altrui; si può dire che la parola è un gesto del pensiero.

Nel suo caso l'Autore adoperò con molto vantaggio le doccie e il bromuro di potassio.

Borgherini. — **Frattura della volta del cranio: emiplegia destra di origine corticale associata a disordini della favella. Guarigione.** (*Gazz. med. It. Prov. Venete*. N. 5, 1884).

Una donna di 30 anni, che in seguito a traumi al capo avea riportata una frattura alla regione parietale sinistra, fu osservata dall'Autore. V'era otorragia sinistra, e uno stato comatoso, dal quale la donna si ridestava a stento, essa non emetteva nessun suono nemmeno inarticolato. Qualche giorno dopo, passato il primo stadio della commozione cerebrale, apriva gli occhi spontaneamente, vedeva, accennava e accompagnava ogni gesto con un gemito, o con un mormorio della voce. La lingua era deviata a *sinistra*, e v'era paralisi del facciale destro. In alcune settimane la donna migliorò: l'afasia si era successivamente cambiata in disfasia, e in seguito si notava solo la parola strisciante, paresi agli arti di destra, lieve cofosi a destra: in breve poi l'ammalata guarì completamente.

L'Autore considera la singolarità dell'esito felice in una frattura piuttosto estesa della volta del cranio, nota che la frattura era sulla direzione e sede della circonvoluzione frontale discendente, tangenziale a quel tratto limitato della corteccia dove sono raccolti i varii punti indicati dagli autori come centri della parola parlata. L'emiplegia secondo l'Autore, era pure dovuta alla lesione corticale, la deviazione della lingua dal lato opposto all'emiplegia, è una singolarità che attribuisce alla paralisi del dodicesimo pajo di sinistra, derivante dall'emisfero cerebrale destro, in seguito ai traumi. Merita nota, dice l'Autore, anche l'esito in guarigione abbastanza rapido; non crede nel suo caso la paralisi fosse un fenomeno di inibizione, nel senso di Goltz, perchè le lesioni doveano, a giudicare dalla estensione della frattura, essere molto estese, può invece ammettere che la motilità nelle parti paralitiche fosse ricondotta a poco a poco da una supplenza di funzione.

CURSCHMANN e EISENLOR. — **Zur Pathologie und pathologischen anatomie der neuritis und des herpes zoster.** (*Sulla patologia della neurite e dell'herpes zoster*). In: *Deutsche Arch. für Klin. Med.* XXXIV.

I rapporti fra lo zoster e le malattie del sistema nervoso furono stabiliti da numerosi fatti clinici, e da qualche fatto anatomico. L'ipotesi della lesione di ganglii spinali però, è da riguardarsi come troppo unilaterale; è infatti stabilito che irritazioni in differenti luoghi delle vie sensitive, possono produrre speciali affezioni della cute, anche senza alterazione istologica degli elementi nervosi. In un lavoro recente (« Virchow's Arch. » 1883) Lesser che crede specialmente alla lesione dei ganglii spinali, espone anche la possibilità di una lesione periferica. Neisser e Weigert sospettano che si tratti di un deperimento di parti superficiali e reazione consecutiva, in seguito a causa nervosa.

Secondo gli autori in questa malattia, l'importanza dei ganglii spinali si è esagerata; anche dove si trovarono lesi i ganglii può ben darsi che la lesione non abbia in questi avuto principio, ma vi sia stata trasportata. È interessante in questo riguardo, un caso di Pitrés e Vaillard non conosciuto da Lesser. (« Arch. de Neurol. » 1883, 14, 15). Si tratta di uno zoster lungo il decorso del 6.° nervo intercostale, a cui più tardi succedette lo zoster lungo il decorso dell'undecimo intercostale. Essendosi potuto fare la ricerca istologica, si trovò lesione del sesto nervo e delle fibre che si immettono nel ganglio corrispondente, e della radice posteriore, ma nell'undicesimo nervo nel dominio del quale era la eruzione più recente, la lesione era solo nel nervo, non nel ganglio, nè nella radice. Questo caso appoggia l'idea dell'origine periferica dello zoster. Ed un appoggio a quest'idea, è dato anche dal seguente caso osservato da Curschmann ed Eisenlohr.

Un uomo di circa 70 anni, affetto da enfisema e bronchite cronica, fu nell'aprile 1880 colto da neuralgia alla cervice e alla spalla destra, e

contemporaneamente da una eruzione di zoster sulla spalla, sul lato di flessione ed estensione del braccio, e sull'avambraccio; le efflorescenze in molti luoghi erano confluenti, in parte emorragiche, e lasciavano dopo di sè cicatrici pigmentate: durante lo stadio dell'efflorescenza vi fu febbre a 39, e ingrossamento delle glandule all'ascella. Dopo la guarigione dello zoster la neuralgia durò immutata, e restarono un poco turgide anche le glandule. Nel maggio successivo insorsero numerosi tumoretti dolenti, grandi come un grano di miglio sul decorso di molti nervi cutanei (rami cutanei del cutaneo posteriore, medio, e laterale). La pressione sui tronchi nervosi della fossa sopra claviculare, era molto molesta. Non v'erano lesioni di senso nè di moto, ma iperalgesia lungo il decorso dei nervi e sui tumori. Si fece l'escisione di qualcuno di questi tumori, e lo studio istologico che se ne fece, dimostrò l'esistenza di perineurite acuta nodosa di molti nervi cutanei. Il punto di partenza ne era l'apparecchio vasale della guaina nervosa, e il connettivo perineurico. La sostanza nervosa era intatta, non v'era traccia di neurite parenchimatosa periassile, nè di degenerazione secondaria, come seguito del processo flogistico circostante. Nel gennaio 1882, l'ammalato morì per l'affezione polmonale. I tumori neuritici allora non v'erano più. La ricerca istologica dei rami cutanei, e dei gangli spinali fu negativa.

Per gli autori è chiara in questo caso la relazione tra zoster e neurite periferica: se è vero che la lesione gangliare essendosi fatto la necroscopia troppo tardi, può avere esistito, altri fatti parlano contro la ipotesi di una lesione centrale, per es., la diffusione dello zoster su un gran numero di nervi, le cui vie di decorso centrale, e le supposte terminazioni trofiche stanno separate; e anche la perinevrite decorsa assieme allo zoster riconduce il pensiero a un punto di origine periferico. Benchè non assolutamente esclusa, l'idea di un processo riflesso pare agli autori straordinariamente inverosimile.

Che lo sviluppo di tumori neuritici, e lo sviluppo dello zoster non sia solo accidentale, lo mostra un altro caso osservato dagli autori, nel quale vi fu lo zoster nella regione glutea, la neuralgia, e lo sviluppo di tumoretti molto dolenti sul decorso del nervo.

In ultimo, gli autori citano un altro caso per dimostrare che anche senza alterazioni istologiche dei nervi, e solo per un'azione esercitata attorno ad essi, nelle loro vie periferiche, si può avere lo zoster. Un uomo di 48 anni, affetto da lesioni polmonali e cardiache (anasarca, dispnea, cianosi) tre giorni prima della morte avvenuta per edema polmonale fu colto da dolore molto intenso alla regione lombare, dolore che si localizzò poi nell'ultimo spazio intercostale sinistro. Contemporaneamente si mostrò sull'undecima costa e sull'ultimo spazio intercostale un piccolo gruppo di vescichette (zoster). Nella preparazione della colonna vertebrale e dei rami cutanei dei nervi dorsali si trovò a sinistra nelle masse muscolari tra i processi spinosi e trasversi delle ultime vertebre, una infiltrazione sanguigna della sostanza muscolare. Il

connettivo attorno i nervi dorsali decimo e undecimo a sinistra, era soffuso di sangue, nessuna alterazione nei nervi corrispondenti di destra, nè nelle meningi e nel midollo. La ricerca istologica fece vedere nel connettivo attorno i rami posteriori dorsali del nervo decimo e undecimo, numerose emazie e pigmento diffuso sanguigno. Le fibre nervose come pure le radici posteriori, erano intatte: negativo l'esame dei ganglii eccetto che all'ingresso della radice posteriore del decimo nervo dorsale nel ganglio, v'era una piccola emorragia capillare, ma secondo gli autori troppo esigua per poter produrre lesioni o eccitamento degli elementi nervosi. I nervi intercostali mostravano numerosi campi ripieni di strette fibre aggregate, reperto secondo gli autori, normale per i nervi intercostali.

Emorragie attorno ai nervi e ai rami nervosi si trovano tanto frequentemente senza lo zoster, che si deve dubitare dei rapporti causali nel caso accennato, tra la forma cutanea, e quest' emorragia: notano però gli autori questa coincidenza, e osservano che essendovi per il forte edema del dorso, una grande tensione nei tessuti, potrebbe esser stata sufficiente anche quella causa nell'immediata vicinanza dei nervi, a produrne l'irritamento.

CANALI e ZAMPETTAI. — **Sulla pneumonite crupale acuta.** *Rivista Clin. di Bologna.* 1884, pag. 40).

Gli autori fecero sperienze sui conigli per constatare l'ipotesi di Silvestrini che la pneumonite sia una malattia progressiva che si estende come la risipola e ad ogni diffondersi del processo corrisponda una nuova invasione della malattia. Per iniettare il più profondamente possibile i liquidi che servivano nello sperimento, praticarono la tracheotomia ai conigli e dall'apertura colla siringa di Pravaz munita di sottile e lunga cannula elastica fecero l'iniezione di sputi di pneumonici, di tubercolotici, del pus di un piopneumotorace, del secreto di un catarro bronchiale acuto, di liquido contenente bacterium termo, di orina, di vino bianco, di ammoniaca di soluzione gommosa, di soluzione di acido acetico, di acqua distillata. Dalle iniezioni degli sputi pneumonici ottennero non solo la pneumonite crupale ma anche pleurite e pericardite, dalle iniezioni degli altri liquidi ottennero solo focolaj pneumonici catarrali o crupali, limitati; solo dalle iniezioni di soluzione gommosa ottennero una molto estesa pneumonite con pleurite, ed emorragie sottopleurali dall'altro lato. Del resto in tutti gli sperimenti ottennero la lesione dal lato in cui fecero l'injezione. Ottennero le lesioni più gravi cogli sputi pneumonici e colla soluzione gommosa liquidi che hanno comune la proprietà di essere attaccaticci, e per conseguenza di difficile espulsione.

dice l' Autore, è possibile quando l' aneurisma si sviluppa nel primo segmento dell'arco proprio nel punto più prossimo alla trachea, in questo caso si può avere la pulsazione del tubo laringo-tracheale, senza la compressione dell'esofago che meno resistente, più mobile, e più compressibile della trachea, trovasi un po' più indietro e più a sinistra di questa. L'Autore inoltre insiste sull'importanza, come segno diagnostico, della pulsazione laringo-tracheale, messa in luce dal prof. Cardarelli.

Cohn. — **Ein Fall von Tricuspidal stenose höchsten Grades mit multiplen hâmorragischen Infarkten der Lungen.** (*Un caso di stenosi tricuspidale di alto grado con infarti polmonali emorragici multipli*). In: *Deut. Arch. für Klin. Med.* XXXIV, 3.

È un caso di vizio cardiaco composto, notevole per la sua rarità, e per la pochezza dei sintomi fisici, che diede in vita. È raro che la tricuspide ammali sola; secondo Bamberger in 230 vizii cardiaci, solo due volte, secondo Förster in 75 casi di cronica endocardite, venne osservata isolata 5 volte. La sua lesione è più frequente come secondaria a quella della mitrale, ed è per solito l'insufficienza. Quando vi è nei vizii combinati, anche la stenosi tricuspidale, d'ordinario il suo orificio lascia ancora passare due o tre dita; casi in cui non può passare che un solo dito, come in quello dell' Autore appartengono alle più grandi rarità. Si tratta di una donna di 26 anni, che presentava i segni dell' insufficienza mitrale, emoftoe, turgore epatico, albuminuria. Alla necroscopia si trovò: stenosi con insufficienza mitrale, stenosi in alto grado della tricuspide, residui di endocardite delle valvole aortiche, ipertrofia eccentrica dell' atrio sinistro, e del cuor destro, trombosi dell' auricola e dell'atrio sinistro, idropericardio, pigmentazione bruna del polmone, numerosi e recenti infarti polmonari, con trombosi dei rami arteriosi.

All'ascoltazione non si ebbe mai un rumore diastolico, nè presistolico ma soltanto un rumore sistolico, per questo si era diagnosticata solo l'insufficienza mitrale. Secondo l' Autore il rumore coincideva con quello della mitrale, e la debolezza cardiaca, la poca intensità della corrente sanguigna, e anche la poca quantità del sangue, influivano a velare i sintomi di quella stenosi. La mancanza di cianosi ed edemi si spiegava pure colla poca quantità di sangue circolante, la cui più gran parte costituiva stasi nei polmoni. Nè era facile, in questo caso, la diagnosi degli infarti polmonari, tanto più che è noto che la stenosi polmonare predispone alla tisi, alla quale avrebbesi potuto subordinare l'emoftoe. Contro l' infarto polmonale stava la febbre continua, osservata nella paziente: neanche nei casi di Gerhard e Penzoldt la temperatura raggiunse come in questo caso 40,1.

Rondot. — **Endocardite ulcéreuse de la valvule tricuspide au cours d'un ictère chronique.** (*Endocardite ulcerosa della tricuspide, nel corso di un itterizia cronica*). In: *Journ. de med. de Bordeaux*, N. 15, novembre 1883.

Una donna di 69 anni, presentava da tre mesi attacchi di colica con vomito senza itterizia, poi dolori all'epigastrico e all'ombellico, a cui più tardi si aggiunse itterizia, che si sviluppò rapidamente. Il polso avea qualche irregolarità, il fegato ingrandito, cistifellea ingrandita e dolente, negativo l'esame del cuore, tranne un rumore di soffio al primo tempo alla base. Colla persistenza di questi segni, a cui si aggiunse qualche delirio, melena, alcune echimosi, ipotermia negli ultimi giorni di vita, avvenne la morte. Alla necroscopia si trovarono noduli cancerosi sparsi nel fegato, nella capsula soprarenale sinistra, ai lati della colonna vertebrale.

Il cuore nel ventricolo sinistro avea lo spessore di un centimetro, e una piccola nodosità antica, bianca sulla valvola mitrale, il di cui aspetto era normale. La tricuspide era di color bianco giallastro, ispessita, e sulla faccia auricolare presentava una piccola chiazza nerastra esulcerata, larga circa cinque millimetri: i suoi bordi un po' sinuosi erano leggermente rilevati, ma non offrivano traccia di vegetazioni fibrinose.

La diatesi cancerosa e l'itterizia, sono due fattori che possono interessare il cuore in più maniere. Ma è sopratutto l'itterizia che determina modificazioni spesso maggiori in rapporto sia coll' esagerazione della tensione del sangue nell'arteria polmonare, sia con l'indebolimento della contrattilità del muscolo. Come l'asserì Potain i fenomeni morbosi si localizzano nel cuor destro; non c'è però che un caso di Homolle che abbia avuto la dimostrazione anatomica: si trattava di itterizia da cancro del pancreas, con successiva insufficienza tricuspide.

L' Autore facendo pur intervenire nella genesi del processo ulceroso, l'itterizia cronica e la carcinosi, fattori evidenti del rallentamento della nutrizione, considera come possibile lo sviluppo dell'infiammazione endocardica sotto l'influenza d'un intossicazione d'origine epatica. Ed ancora l' Autore nota la scarsezza dei sintomi dell'endocardite: v'era solo un soffio sistolico all'epigastrio, con accelerazione del polso, come soli indizii di questa endocardite ulcerosa, che fu accompagnata da abbassamento insolito della temperatura (ultimi tre giorni 34,6-35,2), come se il cancro e l'itterizia cronica avessero ostacolato le manifestazioni piretiche che accompagnano quasi sempre le endocarditi.

Derignac e Moussous. — **Endocardite blennhorragique.** (*Endocardite blennorragica*). In: *Gaz. med. de Paris*, 1884, N. 7.

In un giovane di 25 anni, affetto da blennorrea grave, gli autori osservarono tre settimane dopo l'insorgenza dell'uretrite, l'artrite dell'articolazione omero scapolare destra, della quale non vi era stata nessuna causa reumatica. L'ammalato non aveva mai in precedenza sofferto di

artrite, e il cuore non presentava, anche ripetutamente esaminato, alcuna anomalia. Ma durante l'osservazione degli autori ebbe luogo un esacerbazione febbrile, cardiopalmo, e un rumore di soffio al primo tempo alla punta, soffio che rimase poi sempre costante associandoglisi l'ipertrofia del ventricolo sinistro. L'artrite mostrò la tenacità e le recrudescenze proprie di certe forme d'artrite blennorragica. Gli autori credono si sia trattato nel loro caso di endocardite blennorragica. Essi notano che la blennorrea non è un'affezione locale; lo sviluppo di accidenti articolari, cutanei, oculari, cardiaci, non può spiegarsi secondo gli autori che ritenendola come una malattia generale.

PACKER. — **Case of gastric ulcer with unusually severe haemorrage.** (*Ulcera gastrica con emorragia straordinariamente grave*). In: *British med. Journ.* Dicembre 1883, pag. 1062.

In una donna di 23 anni, che da parecchi mesi soffriva per dispepsia, e dolori allo stomaco subito dopo il pasto, dipendenti da ulcera gastrica, insorse, probabilmente per errori dietetici, vomito abbondantissimo di sangue che si ripetè per parecchie volte, facendo credere sempre imminente la morte. Il trattamento consistè specialmente nei clisteri peptonizzati. Per cinque giorni l'ammalata non deglutì che qualche sorso d'acqua, e tuttavia l'emorragia continuava ancora. In questo caso per l'esaurimento in cui era caduta la paziente, l'Autore fece per clistere l'introduzione anche di un po' di *brandy*. Questo, osserva l'Autore, se è vero che può, accelerando la circolazione, riuscir pericoloso nei casi di ulcera gastrica, in qualche caso è indicato, e in questo che egli riferisce, crede doversi attribuire l'esito fortunato all'amministrazione dello stimolante per il retto, essendosi subito dopo questo, riparato al collasso che pareva mortale.

La maggiore difficoltà per la terapeutica in questi casi tanto gravi, è vincere la ritrosia dei pazienti per l'alimentazione rettale, e ottenere da essi che bevano il meno possibile.

GLAX. — **Die Magenentzundung.** (*La gastrite*). In: *Deut. med. Zeit.* Jan. 84, pag. 33.

Sotto la denominazione gastrite, una volta si comprendevano anche condizioni caratterizzate da cardialgie, vomiti, e altri disturbi da parte degli organi digestivi, per questo allora si parlava con maggior frequenza che adesso, della gastrite. Anche oggi si dice gastrite, al catarro cronico e acuto dello stomaco, ma più frequentemente si dà questo nome a processi più gravi (gastrite crupale, difterica, tossica, flemmonosa). La forma crupale e difterica, non ha un grande interesse per il medico: essa sfugge alla diagnosi: in alcune epidemie si accompagna al croup, e alla difterite, si osserva in qualche malattia infettiva (scarlattina, vajuolo, tifo, dissenteria piemia, e specialmente febbre puerperale), qualche volta si osserva nei lattanti. Quanto al diagnostico può

farsi solo quando vengano emesse per vomito membrane crupali: la terapia è solo sintomatica.

Gli alcali e gli acidi corrodendo la mucosa gastrica, producono la gastrite tossica, e in questi casi è lesa anche la mucosa della bocca, dell'esofago e dell'intestino. Quando la sostanza (acido solforico, cloridrico, potassa) agisce per breve tempo, ed è poco concentrata, l'epitelio diventa bianco sporco, (per l'azione dell'acido nitrico, giallo, formandosi xantoproteina) la superficie della lingua è raggrinzata, e la mucosa apparisce arrossata, e sanguina facilmente.

Quando l'azione è più profonda si trovano nella bocca nell'esofago nello stomaco escare più o meno diffuse, e qualche volta tutta la parete è ridotta in una poltiglia nera: nella maggior parte dei casi accade in poche ore la morte, o fra brevi giorni con continui dolori e vomiti di fluido sanguinolento: in casi più fortunati, le escare vengono eliminate a poco a poco per suppurazione, e accade la cicatrizzazione: nell'eliminazione però ponno avvenire emorragie letali, e nella cicatrizzazione stabilirsi altre gravi condizioni. La sintomatologia di queste gastriti tossiche, è costituita da dolori, vomiti di sangue e muco, escoriazioni alle labbra, ed alla lingua, inceppamento nella deglutizione e nella parola, cute fredda, sudori vischiosi, debole azione del cuore (la potassa specialmente è un veleno cardiaco). Più tardi insorgono coliche e diarree sanguinolente, oppure accade la perforazione intestinale. Quanto a terapia si deve prima cercare di neutralizzare il resto di veleno, (poichè l'uso della pompa gastrica sarebbe sommamente pericoloso per le facili emorragie); per la neutralizzazione degli acidi si preferisca la magnesia usta (gr. 70, acqua 500), e inoltre si diano latte, sciroppi gomma arabica. Se non si ha in pronto la magnesia si amministri creta polverizzata, acqua saponata o albuminata: non si devono prescrivere mai sali che sviluppano poi acido carbonico per il pericolo che lo stomaco corroso si rompa. Negli avvelenamenti con alcali si amministri una soluzione d'acido tartarico (10 per mille) o aceto, e succo di limone: più tardi si preferiva una mistura oleosa e latte, pillole di ghiaccio, opiati. L'Autore ricorda un caso osservato da Spry riguardante un uomo di 94 anni, che avea deglutito piombo fuso, e fino alla decima giornata non mostrò segni speciali ma in 12.ª giornata fu colto da crampi e morì. Alla necroscopia, si trovò ulcerazione del cardia, e bruciatura nella parte inferiore dello stomaco, nel fondo del ventricolo un pezzo di piombo che pesava 230 grammi. La singolarità del caso determinò Spry a fare degli sperimenti sugli animali ed ottenne consimili risultati.

La gastrite flemmonosa è la suppurazione del connettivo sottomucoso: può esser diffusa, o circoscritta. Tralasciando le forme metastatiche (puerperio, vajuolo, tifo, piemia) l'Autore conosce 51 osservazioni di gastrite flemmonosa idiopatica, delle quali 24 circoscritte, e 27 diffuse. Nella gastrite flemmonosa, lo stomaco racchiude un liquido bruno

nano stittichezza e diarrea: precederebbe la stittichezza; dopo alcuni giorni il ristagno fecale produrrebbe la diarrea, che potrebbe anche esser data da influenze accidentali, e dal peggioramento acuto da esse prodotto.

L' Autore crede che nelle semplici stasi venose, vi sia stitichezza, che dipenderebbe dalla diminuita attività nervosa, in seguito all' impedita circolazione. Nel catarro da stasi, che coglie il tenue, e il crasso si alternano diarrea e stittichezza.

Waugh. — **An instructive case of intestinal obstruction.** (*Caso istruttivo di occlusione intestinale*). In: *British med. Journ.* novembre 1883, pag. 968.

L' Autore fu chiamato a vedere un uomo di 50 anni, precedentemente sano, che accusava forti dolori, e tumefazione all' addome, e da 24 ore non avea scariche, benchè avesse assunto qualche purgativo: mostrava i segni dell'ostruzione intestinale con minacciante peritonite. L'opio mitigò i dolori, il clistere d'acqua calda produsse qualche scarica, e con questo avvenne il miglioramento, ma sei giorni dopo, il paziente avvertì un tumore all'inguine sinistro, che due giorni appresso diede esito, per spontanea rottura, a pus: in questo v'era odore fecale, e l' Autore sospettando la comunicazione coll'intestino, rifuggì di specillare la cavità, essendo probabile che l'intestino fosse in uno stato di minacciante sfacelo: ma un giorno dopo avvertì nel fondo dell' ascesso un movimento che era dato dalla testa di un lombricoide, del quale l' Autore cautamente fece l'estrazione: esso misurava sei pollici e mezzo: uscirono poi altri quattro lombricoidi. Dopo questo, accadde la guarigione.

L' Autore pensa che i vermi siano stati la principale causa dell' ostruzione, e colla loro presenza abbiano determinato irritazione, infiammazione e sfacelo di un tratto della flessura sigmoide con esito di ascesso.

Atkinson. — **The treatment of habitual constipation.** (*Trattamento della stitichezza abituale*). In: *The Practitioner*, Jan. 1884.

L'accumulo di feci nel retto a poco a poco riduce l'intestino indifferente allo stimolo che anormalmente la sostanza fecale produce sulle pareti rettali, e divengono necessarii purgativi sempre più forti. La prima cosa che si deve fare per il trattamento, è liberare l' intestino, in un tempo determinato, e poi cercare di ridonare il tono al tessuto muscolare dell'intestino, cosicchè possa essere poi mantenuta la regolarità della funzione. Per questo, l' Autore prescrive 25 centigrammi di rabarbaro, e 25 di coloquintide in pillole da prendersi la sera, nel mattino l'ammalato deve bere acqua fredda e ripetere questo regolamento alla stessa ora ogni giorno. Se l' intestino resta inerte si deve bere acqua abbondantemente prima di ogni pasto. Se questo non è sufficiente si deve praticare il clistere con poca acqua calda. Dopo ogni evacua-

zione, bisogna far l'introduzione di acqua fredda e ritenerla. Suggerisce anche l'uso di una zuppa fatta con farina di avena, (coarse oatmeal) prendendo ad ogni mezza cucchiajata di questa zuppa calda, mezza cucchiajata di latte freddo (!) Sopratutto è necessario di procurare di aver l'evacuazione sempre ad una data ora ogni giorno. L' Autore crede che seguendo questi consigli si vinca la stitichezza anche se data da lungo tempo. Se poi la stitichezza dipende da esaurimento del sistema nervoso bisogna togliere la causa di questo.

SAWYER. — **Some points in the treatment of the severer forms of constipation, and of intestinal obstruction.** (*Note sul trattamento di forme gravi di costipazione e ostruzione intestinale*). In: *British. med. Journal*, novembre 1883.

Bisogna distinguere costipazione da ostruzione intestinale, non è giusto dire che questa è una forma esagerata di quella. Se è vero che le forme peggiori e fatali di ostruzione intestinale sono di solito precedute per lungo tempo dalla costipazione, queste due denominazioni, non indicano soltanto un differente grado, ma devono essere applicate a differenti tratti del tubo intestinale. Costipazione è il lento procedere delle feci dal cieco all'ano, e consiste in questo soltanto, ostruzione intestinale è in qualunque punto dell'intestino, e dipende da cause molteplici.

Per la cura della costipazione abituale l' Autore insiste sulla necessità delle misure dietetiche, l' osservanza delle quali se non costituirà tutta la cura, ne sarà certo parte importantissima. Quando è necessario adoperare farmachi, l' Autore adopera l'aloe: si loda pure della *cascara sagrada*, ha poca fede nella belladonna, e nella noce vomica.

Non sempre la costipazione ha i soliti ed ordinarii segni, accade qualche volta così rapidamente, o così lentamente, che non viene ben riconosciuta, e si è condotti a false diagnosi. Di questo fa fede un caso singolare che l' Autore vide e riferisce. Si trattava di una ragazza di 14 anni, creduta affetta da tumore addominale.

Secondo le attestazioni della madre, fino da due anni di età il ventre era tumido, la stitichezza abituale, passando anche una settimana senza scariche. Le evacuazioni consistevano generalmente di feci dure, di quando in quando erano liquide: la quantità dell'orina era normale, l' appetito scarso. La tumefazione dell' addome era venuta aumentando gradualmente, non v' erano vomiti nè pirosi, la lingua pulita, le vene superficiali dell'addome un po' dilatate.

Un tumore solido occupava tutto il lato destro dell'addome, non aveva margini distinti, inferiormente il margine della mano poteva esser passato fra il tumore e la pelvi. Sul tumore v' era mutezza alla percussione, la palpazione dava l'impressione di una consistenza pastosa, e si produceva una depressione che durava qualche minuto, dopo che cessava la compressione fatta col dito. Il cuore era spostato considerevolmente in alto: la circonferenza dell'addome all'ombellico era 31 pol-

lici. Il retto era largamente disteso e pieno di feci dure. L'Autore coll'estrazione manuale, e poi colla cura dei lavacri e purgativi liberò la malata dalla presenza di un enorme quantità di feci che costituivano tutta la malattia. L'Autore considera la lentezza con cui si svolse il caso, e il grado estremo a cui arrivò la ritenzione fecale, cioè fino a distendere le vene superficiali, e a spostare il cuore. Con tutto ciò non v'era vomito nè altro segno locale, oltre qualche dolore colico.

Senza abusare dei lavacri rettali, il loro uso in alcune forme è utilissimo: anche nei casi in cui la predisposizione alla coprostasi è incurabile essi valgono a togliere un'accumulo fatale di feci.

L'Autore considera poi altre cause che danno l'occlusione intestinale, e che devono esser trattate chirurgicamente, e rivendica al medico in questi casi una parte essenziale nello stabilire il punto dell'occlusione e la sua natura, contribuendo così col chirurgo alla buona riuscita del caso. E distingue: *a*) cause che richiedono subitamente l'operazione perchè conducono all'occlusione improvvisamente, e sono gli spostamenti, le compressioni le distorsioni, tutti gli strangolamenti, e torsioni alcuni casi di intussuscezione specie nei bambini, e alcuni di otturamento da calcoli (biliari); *b*) cause che si manifestano acutamente, ma che non producono una immediata e completa occlusione, e si comprendono in questa classe alcuni casi d'intussuscezione, alcuni di peritonite, di parziali occlusioni da calcoli, o corpi stranieri; *c*) cause che insorgono lentamente, e conducono all'occlusione soltanto dopo settimane, mesi, od anni, cedendo per qualche tempo al trattamento, e producendo l'occlusione invincibile più tardi, o essendo causa di morte indirettamente per perforazione, peritonite, o astenia,

Qui si comprendono i cancri, tutte le neoplasie, gli stringimenti, la peritonite cronica locale, o generale, la compressione da tumori che crescono lentamente, e le degenerazioni della parete del crasso. Della sede e della natura di queste lesioni si può, secondo l'Autore, tenendo conto di molte circostanze, quasi sempre fare la diagnosi, e ricorda alcuni dati utili per questo diagnostico. Di solito le ostruzioni improvvise (strangolamenti, intussuscezioni, ecc.), affettano il tenue, le forme più lente, il crasso. La ristrettezza dell'intestino accade in differenti parti con differente grado di frequenza. È più rara nel tenue che nel crasso. Su 100 casi di occlusione fatale del crasso, l'occlusione risiedeva nel cieco in 4, nel colon ascendente in 10, nel trasverso in 11, nel discendente in 14, nella flessura sigmoide in 30 nel retto in 30. Questo per Brinton, secondo il quale anche, la occlusione coglierebbe più frequentemente l'uomo che la donna nel rapporto di 3 a 2, e quattro quinti del restringimenti del crasso sono situati a sinistra della linea mediana del corpo. Esclusa l'ernia, la forma di occlusione più frequentemente accompagnata da tumore è l'intussuscezione; l'emissione di sangue per il retto (escluse le malattie cancerose del crasso) è caratteristica dell'intussuscezione. Secondo Hutchinson, se un bambino mostra improvvisa-

mente segni di occlusione intestinale, è probabile si tratti di intussuscezione o di peritonite: se il malato è avanzato in età è probabile la malattia d'indole maligna, o l'accumulo del contenuto intestinale; nell'età media le cause dell'ostruzione possono essere varie ma l'intussuscezione e le malattie maligne sono infrequenti. Se ripetuti attacchi di ostruzione accadono con lunghi intervalli di perfetta salute può sospettarsi il diverticolo cronico, o briglie di aderenze, o che una parte di intestino sia insaccata e soggetta a torsione. Se in un caso l'addome sul principio diventa disteso e duro, la peritonite è quasi certa. Se l'intestino continua visibilmente a contrarsi è quasi certo che non vi è peritonite: tale sintomo si trova frequentemente in soggetti emaciati con ostruzione di lunga durata nel colon. Il vomito di solito si ha frequentemente, quando l'ostacolo è vicino allo stomaco, e quando la ristrettezza è grande e persistente.

L'Autore descrive poi efficacemente il quadro dell'occlusione intestinale acuta, accenna ai mezzi interni per vincerla e se questi non bastano conviene ricorrere ai chirurgici. Se la diagnosi di occlusione è sicura, se si è aspettato un tempo ragionevole, se tutte le aperture erniarie comprese le otturatorie sono escluse, se l'esame del retto è negativo, se coll'enteroclisma, e colla percussione si è escluso che l'ostacolo sia nel colon, conviene discutere se sia miglior partito appigliarsi alla laparotomia, o alla laparoileotomia. Secondo Leichtenstein la laparoileotomia, è meno pericolosa e più facilmente eseguibile, e si è visto più d'una volta che l'ano artificiale poi si sopprime, ristabilendosi spontaneamente la circolazione fecale. L'Autore riepiloga le proprie opipinioni sul trattamento dell'occlusione intestinale nel tenue (dato che non vi sia un ernia esterna) nella seguente maniera: si cerca di influire la condizione con clisteri, oppio, belladonna, ma in ogni modo non si deve per ricorrerè al chirurgo aspettare quando il caso è in *extremis*. Se la sede dell'occlusione è facilmente riconoscibile, e la sua natura ne è chiara, si fa la laparotomia, ma se questa operazione richiedesse molti maneggi tra le anse intestinali, e prolungati tentativi per distenderle, è meglio ricorrere alla laparoileotomia.

Rabère. — **Contribution à l'étude du traitement de l'obstruction intestinale par la ponction de l'intestin.** (*Contribuzione allo studio del trattamento della occlusione intestinale mediante la puntura dell'intestino*). In: *Journal de méd. de Bordeaux*. N. 21, 22, dicembre. 1883.

L'Autore espone i vantaggi ottenuti mediante la puntura: 1.° in un caso di occlusione intestinale sopravvenuta durante il decorso di un flemmone della parete addominale; 2.° in un caso di paralisi intestinale consecutiva ad una operazione di ernia strozzata.

Il primo caso concerne un uomo di 61 anni, che a ventisette anni aveva avuta una malattia di cui solo ricorda sofferenze addominali. Da

cinque, sei giorni soffriva di coliche di brevissima durata, l'11 settembre (1880) queste divengono più forti e permanenti; una iniezione ipodermica di morfina arreca notevole sollievo ma passaggiero. Il giorno 13 vien notato un nuovo fatto: una tumefazione al fianco destro che partendo dalla parte esterna di questo, a due dita trasverse dal bordo costale, va obbliquamente all'imbasso e all'interno fino a livello della fossa iliaca. L'indomani il dolore aveva preso posto principalmente al fianco sinistro; la tumefazione a destra era meno apparente; l'ammalato aveva nausee e il giorno dippoi vomiti, polso piccolo, ventre spontaneamente dolente, assai teso, specie all'epigastrio. Nei dì seguenti tali fenomeni s'accentuarono aggiungendosi vomiti di materie fetidissime, fecaloidi. La sera del 18 settembre l'Autore con l'ago N. 1 dell'aspiratore Dieulafoy e mediante una cinquantina di aspirazioni successive estrasse grande quantità di gaz fetidissimi e di materie liquide nerastre avendo infisso l'ago nella fossa epigastrica prima e nella fossa iliaca sinistra poi estraendo anche quì grande quantità di gaz e di materie liquide ma questa volta rossastra e di odore gangrenoso. Grande fu il beneficio risentito dal malato, prima in preda ad una grande dispnea: il ventre divenne molle, depressibile, conservando tuttavia un certo grado di timpanismo. Il giorno seguente riproducendosi l'aggravamento vengono fatte nuove punzioni in altre regioni dell'addome ma colla sola uscita di gaz; allora l'Autore ne pratica altre accanto a quelle fatte il dì precedente e ottiene uscita anche di materie liquide con molto sollievo del paziente. L'indomani il ventre era floscio, senza timpanismo e il malato al mattino aveva avuto una scarica liquida poco abbondante. Dietro l'assunzione d'un purgativo se ne ottennero altre quattro, cinque; e da allora per tre giorni continuò diarrea colla emissione di 16 lombricoidi una prima volta e di quattro una seconda. Praticossi una injezione ipodermica di morfina per ridurre il numero delle scariche, ciò che si ottenne perfettamente. Intanto al fianco destro allo stesso punto dove era stata avvertita la prima volta, si avvertì nuovamente una tumefazione allungata, che andò mano mano aumentando, presentandosi piùttosto superficiale, situata fra l'osso dell'ileo e le coste, non spostantesi nel decubito laterale sinistro e offrente una oscura fluttuazione; la quale facendosi maggiore i dì seguenti mediante una puntura esploratrice si estrasse del pus spesso, senza grumi, leggermente fetido. Si fece allora il completo vuotamento e non rimase più traccia di tumore, il quale però in breve si riprodusse e di nuovo scomparve dietro una larga incisione e fuoriuscita di un flotto di pus. In breve si formò la cicatrice e l'ammalato si rifece completamente. Due punti sono interessanti in questa osservazione: il flemmone e l'occlusione intestinale; il primo che fu lungo a formarsi e che imbarazzò la diagnosi quando riapparve al fianco destro come succedente a segni d'ostruzione intestinale. Il secondo punto merita maggior considerazione; non sembra irrazionale pensare che, sotto l'influenza del flemmone le pareti

dell'intestino sieno state colte da paresi e che i lombricoidi trovando un intestino semi-paralizzato, riunendosi in gomitolo, abbiano facilmente potuto produrre l'ostruzione. È ancora a notarsi che in un uomo di tale età gli ascaridi lombricoidi sono cosa rara. Comunque sia, l'occlusione esisteva con prossima minaccia di morte e l'impiego dei mezzi terapeutici la ha rimossa.

Il secondo caso riguarda un uomo di 62 anni, operato di ernia crurale strozzata.

Al terzo giorno dall'operazione sopravviene vomito e poi meteorismo considerevole; nelle ore pomeridiane la respirazione si fa frequente (52 inspirazioni per minuto); polso a 180. L'Autore pratica la puntura intestinale facendone una prima all'epigastrio, poi una al fianco destro ed una al sinistro. Beneficio ricavato assai notevole, grande sollievo del malato. Verso la mezzanotte ritornano il vomito e il timpanismo; si praticano altre due punture collo stesso risultato. Disgraziatamente, mentre il ventre era tuttavia depresso e buona la respirazione, una intensa congestione polmonare uccise il malato.

L'Autore trae, per l'impiego della funzione intestinale, le seguenti conclusioni:

Essa deve essere riserbata nei casi in cui il timpanismo è eccessivo e minaccia di apportare la morte per asfissia.

Essa può essere giovevole per la diagnosi anatomica della occlusione.

Deve essere praticata sul colon, sulla porzione trasversa dapprima, sulla ascendente e discendente poi.

Se il timpanismo si riproduce, si reitererà la puntura.

Fatta con un trequarti del più piccolo numero essa è affatto innocua.

Galvagni. — **Sopra un caso di mesenterite in un saturnino.** (*Riv. Clin. Bol.* 1884, fasc. 3.°).

Si presentò all'osservazione dell'Autore un uomo di 54 anni, che da 43 maneggiava colori di piombo. Da molti anni era soggetto a dolori addominali, e da parecchi mesi a coliche intensissime, accompagnate da qualche cefalea, stipsi, rigurgiti, vomiti. Aveva il margine gengivale bluastro, atrofie muscolari agli arti, e all'addome si osservava un distinto avvallamento in direzione trasversale, sulle regioni epicoliche, e nel limite inferiore dell'epigastrica: in tutto l'ambito addominale dolore e resistenza anomala grandissima. Negli ultimi giorni di vita presentò: vomiti insistenti, stipsi, dolore vivissimo alla regione del ventricolo, edemi agli arti segnatamente ai superiori. Alla necroscopia si trovò: periepatite e perisplenite, con aderenza totale dello stomaco, del fegato, e della milza colla volta del diaframma, sclerosi totale del grande epiploon, mesenterite cronica sclerotica, con retrazione di tutte le anse intestinali, sclerosi del plesso solare, catarro cronico dell'esofago, dello

stomaco, del duodeno, atrofia bruna del fegato, atrofia granulare dei reni, edema polmonare, anemia cerebrale.

In questo caso, dice l'Autore, essendo stato l'attossicamento molto lento, si potrebbe pensare che la cronicità di esso abbia permesso che si sviluppino le alterazioni flogistiche insolite riscontrate nell'addome, le quali potrebbero subordinarsi allo stato sclerotico dei nervi ganglionari che si sa presiedono all'innervazione di quelle parti.

Benchè non seguito dalla necroscopia, un altro caso a questo consimile, è ricordato dall'Autore. Era un pittore di 30 anni, che era stato molti anni prima che venisse sotto l'osservazione dell'Autore curato per coliche e una malattia qualificata per idrope ascite. Le coliche duravano sempre sotto forma accessionale, e si associarono ad esse anche artralgie e indebolimento della vista, che fu ascritto a nevro-retinite probabilmente saturnina. All'esame fisico mostrava questa particolarità: premendo colla mano su uno dei lati dell'addome ma meglio sul destro, si vedevano scorrere verso il lato opposto le anse intestinali, specialmente durante le profonde inspirazioni, in causa del più distinto inturgidire di queste. Considerato questo fatto, l'Autore crede che si sia trattato anche qui di una mesenterite che ha la proprietà appunto di inglobare tutta la massa degli intestini, e renderla spostabile in toto sotto la pressione delle mani. L'ascite in questo caso preceduta, avrebbe potuto spiegarsi con un processo peritonitico in genere, ma in ispecie anche con una mesenterite, per la compressione delle vene che scorrono nella duplicatura mesenterica.

L'Autore dice che se le sue osservazioni non sono pure accidentalità, la mesenterite sarebbe una possibile successione del saturnismo cronico e potrebbe stabilirsi un rapporto tra essa e le coliche.

Arnozan. — **Presence du sucre dans le liquide de l'ascite chez un cirrhotique.** (*Presenza dello zucchero nel liquido dell'ascite in un cirrotico*). In: *Journ. de med. de Bordeaux*, novembre 1883, N. 14, 17.

L'obliterazione completa o relativa della rete portale nella cirrosi del fegato, impedisce l'accumulazione in questa glandula sotto forma di glicogeno, del glucosio assorbito alla superficie dell'intestino. Colrat e Couturier hanno supposto che in questo caso il glucosio dovea passare senza modificazione nel circolo generale, per le vene anastomotiche, e che un malato di cirrosi che avesse ingesta una grande quantità di materie zuccherine, sarebbe divenuto momentaneamente glucosurico. Nelle stesse condizioni patologiche secondo Arnozan, si deve trovare glucosio nel liquido dell'ascite, poichè questo si forma a spese del siero del sangue portale. E invero in un malato di cirrosi epatica, non glucosurico, egli trovò la reazione del glucosio nel liquido ascitico. Questo fatto dice l'Autore non è nuovo nè isolato. Quincke ha ritrovato quattro volte zucchero nell'ascite d'un cirrotico che era però leggermente

glicosurico. Arnozan nel liquido ottenuto da un' altra paracentesi nello stesso soggetto di cui sopra, trovò glucosio nella proporzione di 0,45 per litro. Dallidet ricercò se nel liquido ascitico dei malati di cirrosi epatica si trovasse anche joduro di potassio amministrato per bocca, ma la ricerca fu negativa, mentre la reazione esisteva nelle orine.

Roy. — **A case of encysted peritoneal effusion: operation, recovery.** (*Un caso di versamento cistico peritoneale, operazione, guarigione*). In: *The Indian Med. Gazette*, novembre 1888, pag. 319.

Roy osservò un caso che quantunque per la mancanza di esame *post-mortem* sia rimasto misterioso, è interessante. Billroth nelle Sydenham Society *Transactions* del 1881, ricorda cinque soli casi di questa natura, e dice che Oppolzer che ha nelle malattie dell' addome più larga esperienza che ogni altro medico, non vide mai un caso consimile. Per le apparenze fisiche del tumore, Roy aveva prima pensato ad una cisti idatica del fegato, o ad un tumore della cistifellea, però la puntura esploratoria lo allontanò da queste supposizioni. Il liquido sottratto era simile a quello di una cisti idatica, era opalescente, pesava 1009, ricco di cloruri, conteneva appena traccie di albumina che aumentò nei liquidi delle esplorazioni successive; non conteneva pigmento biliare, nè uncini di echinococco. Dopo ogni puntura che dava sempre esito ad abbondante liquido, questo si rifaceva nella cavità. L' Autore osserva che in una cisti idatidea raramente il liquido si riproduce dopo la prima puntura, mentre nel suo caso pareva si trattasse della secrezione di una superficie sierosa.

Il paziente diveniva emaciato ed anemico. Fu introdotto nella cavità un drenaggio e sei mesi dopo, la secrezione continuava ancora, però la cavità si era ristretta e il paziente era molto migliorato.

Pernice. — **Essudato purulento peritoneale simulante idrope ascite guarito colle paracentesi.** (*Gazz. degli Ospitali.* N. 33, pag. 258.

In un caso che presentava i segni dell'ascite libera, l' Autore fece la paracentesi, e trovò che il liquido estratto (18 litri) era purulento. L'interesse del caso, sta, secondo l' Autore nell'enorme quantità dell' essudato purulento, con uno stato generale discreto, nella mancanza di febbre, nell'esito assolutamente favorevole, (si ripetevano le paracentesi ad intervalli da circa due mesi, sottraendo ogni volta quantità minori di pus: dopo la terza paracentesi l' ammalato ripigliò le proprie occupazioni, e si poteva considerare guarito: non ebbe infatti alcun incomodo fino a due anni e mezzo dopo: allora si constatò una raccolta purulenta saccata nel basso ventre, che fu felicemente operata.

L' Autore insiste sulla rarità della peritonite cronica purulenta, che è quasi sempre secondaria a neoplasie, ed ha per lo più essudato scarso e saccato, spiega la mancanza di febbre nel suo caso, con l'ipotesi che

la sierosa ispessita coperta di pseudo-membrane, forse stratificate, si prestasse affatto, o poco, all'assorbimento. Dopo la paracentesi la palpazione del ventre faceva sentire resistenze diffuse, che l'Autore ascrive appunto a pseudo-membrane. La rapida riproduzione dell' essudato purulento deporrebbe contro la teoria di Cohnheim, sull' emigrazione dei leucociti, come causa della formazione del pus: più probabile è secondo l' Autore il concetto che per un motivo finora ignoto possa avvenire una rapida scissione cellulare, fra le cellule bianche emigrate dai vasi.

Quanto al modo in cui è avvenuta la guarigione, l' Autore crede che dopo la terza paracentesi, tornata poco alla volta la tonicità dei vasi nella sierosa, e nelle pseudo membrane organizzate, l'essudato in parte sia stato riassorbito, in parte si trasformò, subita la degenerazione granulo-grassosa, in masse caseificate in fondo alla pelvi.

FERRIER. — **Perforation de l'appendice ileo coecal, determinée par la présence d'un corps étranger.** (*Perforazione dell'appendice ileo-cecale determinata per la presenza d'un corpo straniero*). In: *Journal de Med. de Bordeaux*, novembre 1883, N. 14.

In un giovane di 26 anni, che l' Autore osservò, e che perì per tiflite e peritonite consecutive a perforazione, alla necroscopia si trovò che la perforazione era accaduta nell'appendice vermiforme. Questa presentava esternamente due parti ben distinte, una superiore, d' aspetto e colorazione normale, una inferiore aumentata di volume, tortuosa, di colorazione vinosa; fra queste due esisteva una nodosità sotto la quale si vedeva un piccolo orificio. La nodosità era dovuta alla presenza d'un corpo resistente, duro, incuneato nel canale vermicolare.

L'appendice cecale spaccata, mostrava come si era veduto dall'esterno, una parte superiore intatta, che metteva capo nel cieco per un canale che lasciava passare facilmente una sonda, e la parte inferiore, ineguale, violacea, congestionata; tra le due parti un corpo straniero grande quanto un fagiuolo (feci indurite) e sotto di esso nella porzione inferiore violacea un orificio, che conduceva all' apertura notata sulla faccia esterna, e che fu il punto di partenza della peritonite. Quanto al meccanismo di questa perforazione, l' Autore la crede risultato di due fattori: 1.° il disturbo di circolazione che determinò la congestione dell'estremità terminale dell'appendice, e forse un principio di gangrena; 2.° la ritenzione nella parte inferiore dell' appendice, dei liquidi normalmente secreti, che non potendo immettersi nel cieco, distesero l'appendice, e per la precedente alterazione della parete, ne determinarono la rottura, in un punto più o meno lontano dal corpo straniero.

GOIX. — **Contribution à l'etude de la peritonite aigue sous ombilicale.** (*Contribuzione allo studio della peritonite acuta sotto-ombellicale*). In: *Arch. gen. de Med.* 1883, dec. pag. 662.

Secondo Goix non esiste alcuna osservazione regolare di *peritonite*

sotto-ombellicale acuta. Egli ne narra un caso che osservò in un giovanetto di 14 anni: fonda il diagnostico di questa forma sulle seguenti considerazioni: Il dolore addominale squisitamente intenso, e la febbre indicavano intanto, la presenza della peritonite acuta: la mancanza di accidenti reumatici, sia anteriori, sia attuali, non permetteva di pensare al reumatismo muscolare preaddominale, affezione estremamente rara, e generalmente apiretica, anche nei casi in cui il dolore è intenso. La forma di peritifilite primitiva che secondo Bucury è frequentissima nei fanciulli, dovea essere esclusa per la mancanza di tumefazione iliaca. Il diagnostico differenziale si aggirava allora tra la peritonite, e il flemmone sottoperitoneale. Secondo Bernutz, la diagnosi differenziale tra queste due forme è difficilissima, vi sarebbe però un carattere distintivo che non ha ancora sufficientemente richiamata l'attenzione degli autori, ed è l'aderenza della pelle agli strati sottoposti che non si osserva mai nella peritonite, mentre al contrario è costante in un dato momento dell'evoluzione del flemmone sottoperitoneale. Secondo Bernutz il decorso del flemmone è il seguente: Il principio simula spesso quello della peritonite acuta: in tutti due i casi si osserva un brivido intenso e febbre viva, e nel medesimo tempo dolore superficiale e vomito. Poi questi fenomeni diminuiscono, ed è allora che si possono facilmente apprezzare i caratteri del tumore addominale, tumore che si termina quasi sempre colla suppurazione. L'infiammazione comincia nel tessuto cellulare sottoperitoneale, poi invade i diversi piani muscolari della parete addominale, infine si mostra nel cellulare sottocutaneo. È allora, scrive il Bernutz, che la pelle dapprima mobile diventa aderente alla tumefazione sottoposta. Nel malato osservato dall' Autore durante tutta la malattia, v' era la mobilità della pelle sugli strati sottoposti. Quanto all'etiologia l' Autore riguarda il freddo, la fatica, la cura purgativa (che avrebbero agito in questo caso) come semplici cause occasionali, ed inc'ina ad ammettere la natura tubercolare di questa peritonite, ipotesi resa probabile dalla costituzione grama del suo paziente, dal fatto che uno zio paterno di questi morì per tisi polmonare, e dalla rarità delle infiammazioni primitive delle sierose, e del peritoneo in particolare.

La localizzazione sotto-ombellicale, sarebbe giustificata dal dolore sotto-ombellicale, dalla ritenzione d'orina, e dal meteorismo intestinale. E questi tre fatti riuniti e coincidenti collo stato febbrile, bastano per affermare che il peritoneo sotto ombellicale è infiammato. I muscoli soffrono direttamente per i disordini apportati alla nutrizione dei loro involucri sia sierosi sia mucosi: per questo nella peritonite sotto-ombellicale, l'infiammazione del peritoneo peri-vescicale ha per conseguenza la disuria e la ritenzione d'orina. Nella peritonite sopra-ombellicale, è invece il diaframma che viene interessato, e la gravità dei disordini funzionali consecutivi è ben maggiore: la paralisi del diaframma.

L' Autore crede che l'assenza di disturbi respiratorj, basti per diffe-

renziare la peritonite parziale pelvica, da una peritonite generalizzata, e ricorda questa sentenza di Laroyenne: finchè la mano applicata sulla regione epigastrica la deprime facilmente, e percepisce il suo sollevamento fisiologico isocrono all'inspirazione, è legittimo pensare che non esiste peritonite generalizzata, essa potrà avvenire, ma non esiste ancora. Nel malato osservato dall'Autore non vi fu mai nè dolore sopra-ombellicale, nè singhiozzo, nè dispnea, nè disordini funzionali irritativi o paralitici del diaframma. L'Autore crede questo il primo caso di peritonite sotto-ombellicale pubblicato. La cura, egli dice, consiste nell'impedire il diffondersi della flogosi alla regione sopra-ombellicale: mercuriali, opiacei, compresse fredde. Dunque, secondo Goix, vi è una forma speciale (peritonite sotto-ombellicale) che si manifesta con sintomi generali comuni ad ogni peritonite acuta, con fenomeni locali speciali, cioè dolore superficiale esattamente circoscritto alla metà sotto-ombellicale dell'addome, ritenzione d'orina e meteorismo intestinale (del tenue) e infine con un carattere negativo molto importante: l'integrità della respirazione diaframmatica.

PETRONE. — **Nuove ricerche sulla clorosi.** (*Gazzetta degli Ospitali.* N. 34, 35, 36, 1884).

L'Autore fece alcune ricerche chimiche sul sangue delle clorotiche, dalle quali concluse che vi è in questi casi una leggiera ipoglobulia, che i corpuscoli bianchi sono normali, che non vi è ipo-albuminosi nè iperalbuminosi, che le emazie hanno diminuito il loro peso specifico, e la quantità di emoglobina, che nella emoglobina è scemata la quantità del ferro, che nelle emazie è diminuita la proporzione procentuaria delle basi alcaline, e in ispecie della potassa. L'Autore spiega tutto il quadro clinico della clorosi col difettoso numero delle emazie, e coll'anomala costituzione del sangue: secondo lui la tinta verdognola della cute tiene alla modificazione chimica speciale che subiscono i pigmenti del corpo di Malpighi, in seguito alla imperfezione delle emazie, e specialmente in seguito alla diminuzione della potassa. Quanto alla patogenesi, l'Autore dice di non dar nessun peso alla costituzione (!) e alle anomalie del sistema vasale già messe in luce da Virchow, concede importanza solo di complicanze morbose, influenti condizionatamente sullo sviluppo, gravezza e pertinacia di certi dati casi di cloro-anemia. La ristrettezza dell'aorta e delle sue ramificazioni non è un reperto costate nell'autopsia dei clorotici. L'Autore insiste sulla differenza che corre tra ipoplasia vascolare, e ipoplasia del sangue. Questi difetti di prima formazione, possono essere associati e disgiunti: nella clorosi si avrebbe come fatto più frequente l'ipoplasia del sangue senza ipoplasia vasale: essendo questa condizione congenita, l'anomalia del sangue è suscettiva di miglioramento transitorio, non mai di guarigione duratura e completa: è invece curabile quando è unicamente il prodotto patologico transitorio di disturbi passeggieri, e acquisiti dell'ematopoesi (influenze psichiche, disturbi mestruali, ecc.).

Secondo Petrone i vantaggi ottenuti nella clorosi colle pillole di Bland sono a riferirsi piuttosto al carbonato potassico che al solfato ferroso: il carbonato potassico sopperisce al difetto dell'organismo di questo sale: contemporaneamente devesi somministrare alle clorotiche anche calce e soda di cui pure difettano. L'Autore crede che una ricostituzione profonda sia possibile nella gravidanza: questo stato egli vide riuscire curativo a parecchie clorotiche, e crede con questa pubblicazione di aver posta la dottrina della clorosi sopra migliori basi scientifiche.

Peiper. — **Ueber parenchymatosen Iniectionen von solutio arsenicalis in einem leukämischen Milztumor.** (*Sulle injezioni parenchimatose di soluzione arsenicale in un tumore leucemico della milza*). In: *Deut. Arch. für Klin. med.* XXXIV, 3.

L'Autore ricorda tre casi di tumore splenico da malaria, nei quali fu praticata da Mosler l'iniezione parenchimatosa nella milza, di soluzione arsenicale di Fowler. In questi, si vide che il farmaco così introdotto era molto più attivo, e che anche alte dosi di esso erano bene tollerate. L'azione riduttiva sul viscere fu dimostrata dalla necroscopia eseguita in uno di questi casi (la morte accadde per peritonite in seguito alla trasfusione intra-peritoneale): nei luoghi corrispondenti all'injezione si vedevano ispessimenti e retrazioni cicatriziali. L'Autore ricorda anche un caso di iniezioni parenchimatose in una milza leucemica fatte con acido sclerotinico. Il paziente che degeva nella clinica di Kussmaul perì poco dopo l'iniezione probabilmente perchè il liquido (dieci centigrammi di acido) fu iniettato direttamente in un vaso.

L'Autore dice necessario per impedire questi esiti disgraziati, ricordare i suggerimenti dati da Mosler: innanzi tutto il tumore splenico deve avere consistenza solida, aderire alle pareti del ventre, dev'essere esclusa nel paziente la disposizione alla diatesi emorragica, e il periodo cachettico della leucemia. Prima dell'iniezione si devono per lungo tempo applicare mezzi che agiscono sugli elementi contrattili della milza, e diminuiscono l'afflusso del sangue nell'organo. Prima e dopo l'iniezione è specialmente indicata l'applicazione della vescica di ghiaccio, come liquido da iniettare è a preferirsi la soluzione arsenicale di Fowler.

L'Autore narra poi un caso di propria osservazione nel quale furono praticate da Mosler iniezioni parenchimatose di una intiera siringa, di soluzione arsenicale di Fowler non diluita. In otto settimane l'iniezione fu ripetuta dieci volte, e venne sopportata senza incomodi dal paziente. Si trattava di un uomo di 33 anni, che da bambino superò la febbre terzana, e poi riportò un trauma nella regione splenica. La milza era assai ingrandita, i globuli rossi stavano ai bianchi come 5 a 3. Dopo le iniezioni la milza era notevolmente diminuita, divenuta di consistenza maggiore, e a superficie bernoccoluta: nel sangue erano diminuiti i leucociti, specialmente quelli di maggior dimensione. Nella storia data dall'Autore sono pure dettagliatamente riferite altre vicende a cui que-

sto paziente andò incontro per un catarro enterico ostinato, una pleurite, ecc.

Quando non vi siano controindicazioni, e l'Autore insiste specialmente sulla diatesi emorragica che esclude ogni intraprendimento operativo, sono a provarsi le iniezioni parenchimatose di soluzione di Fowler, nei tumori splenici, e nel caso della leucemia si deve esser ancora al primo stadio, e la milza deve essere sempre di consistenza dura.

Artaud. — **De la néphrite determinée par la compression des urétéres dans le cours du cancer de l'utérus et de l'hipertrophie du coeur consécutive.** (*Sulla nefrite determinata da compressione degli ureteri nel corso del cancro dell'utero, e sull'ipertrofia del cuore consecutiva*). In: *Gaz. Med. de Paris.* N. 31, 1883.

L'Autore dà le conclusioni di uno studio che pubblicherà su questo argomento:

Nel decorso del cancro dell'utero può svilupparsi in seguito alla compressione degli ureteri una lesione renale i cui caratteri sono differenti secondo il grado e la durata della compressione: se la compressione è stata poco pronunciata, il rene ha volume normale, o è leggermente ingrandito, vi è una infiltrazione nucleare attorno ai tubi uriniferi e ai vasi, ipertrofia dei glomeruli e dilatazione dei tubi contorti, il cui epitelio ha subito la degenerazione granulo-grassa. Se la compressione è stata lunga, il rene è in un grado di atrofia che sta in ragione diretta della dilatazione dell'uretere e dei bacinetti. Le lesioni del rene in questo caso, rassomigliano a quelle determinate dalla legatura dell'uretere negli animali, ne differiscono in ciò che esse costituiscono una nefrite diffusa a corso rapido, allo sviluppo della quale l'elemento infiammatorio prende la più gran parte, mentre nelle lesioni renali successive alla legatura dell'uretere, è soprattutto in giuoco l'elemento meccanico.

Le lesioni renali determinate dalla compressione dell'uretere nel corso del cancro dell'utero, producono spesso ipertrofia del cuore esclusivamente limitata al ventricolo sinistro, ipertrofia che non si accompagna quasi mai a miocardite interstiziale.

Lapponi. — **Dell'acido picrico come reattivo dell'albumina nell'analisi chimica delle urine.** (*Riv. Clin.* Bologna 1884, fasc. 3).

Questo reattivo fu proposto da Johnson (France med. 1883). L'Autore studiò il valore pratico di questa proposta: adopera la soluzione acquosa a saturità così preparata: si riscalda un eccesso di acido in 100 di acqua distillata, si fa bollire per 10 minuti, si raffredda e si filtra.

Le conclusioni delle ricerche dell'Autore sono le seguenti:

L'acido picrico è un buon reattivo dell'albumina, più sensibile dell'acido nitrico, dell'acido acetico, del calore. Non dà reazione colle urine non albuminose normali o patologiche, rese limpide o col calore o colla filtrazione, e in ogni caso la reazione data dall'acido picrico non è mai

tale da potersi confondere con quella che dà in contatto delle orine albuminose. Le obbiezioni che Cooke e Watkins fecero a questo reattivo non sono valide. Secondo questi autori la reazione dell'acido picrico sull'albumina, è identica a quella che dà quando le orine contengano sali di potassa, o chinina e cinconidina. Secondo Lapponi le orine che contengono questi sali, trattate colla soluzione d'acido picrico, si colorano leggermente in giallo, ma restano perfettamente limpide. Egli crede che le osservazioni di Cooke e Watkins, non siano state condotte con tutto il rigore.

DIEULAFOY. — **Transfusion du sang dans la maladie de Bright.** (*Trasfusione del sangue nella malattia di Bright*). In: *Gaz. des Hopitaux.* N. 6, 1884.

L'Autore fece questa proposta nella considerazione che la trasfusione del sangue giova nei soggetti che ebbero gravi emorragie per emofilia, e che questo giovamento non è da attribuirsi ai pochi grammi di sangue iniettato (e narra casi di epistassi e di emorragie gravissime gengivali, sospese per l'iniezione di 100 a 120 gr. di sangue) ma al fatto che questi malati ricevono un sangue nuovo, che porta nella composizione chimica del loro sangue alcune modificazioni, e fa da emostatico. Una giovane di 27 anni, che presentava i segni dell'uremia in seguito a nefrite, che datava da un anno, e nella quale si erano aggiunti cefalea persistente, vomito continuo, attacchi epilettiformi, e uno stato comatoso, fu dall'Autore sottoposta alla trasfusione del sangue (125 gr.). Il risultato fu evidente, la cefalea diminuì, i vomiti si arrestarono e la albumina emessa colle orine da 3 grammi e 66, diminuì nel giorno successivo fino a un grammo e 82, e poi continuò a diminuire ancora, i globuli rossi aumentarono, i leucociti diminuirono. Circa due mesi appresso, durante i quali, la paziente ebbe una perdita (aborto) e qualche accesso convulsivo, ricomparve il vomito, lo stato soporoso, l'albuminuria. La morte accadde rapidamente (dispnea, rantoli sottocrepitanti, pleurite doppia). Alla necroscopia si trovò il cuore estremamente voluminoso, del peso di 480 grammi, con sviluppo soprattutto del ventricolo sinistro, nefrite interstiziale.

Un'altra trasfusione venne praticata in un malato di nefrite *in extremis*, il quale perì 48 ore dopo; una terza in uno di 55 anni, che presentava edemi alle gambe, e specialmente dispnea. Dopo l'iniezione di 100 grammi la dispnea a poco a poco scomparve: il malato lasciò l'ospitale 12 giorni dopo l'operazione. Queste osservazioni sembrano dimostrare che il sangue ha una grande importanza nella malattia di Bright, e l'Autore propone il quesito se una serie di trasfusioni praticate a brevi intervalli non potrebbe prima che si siano prodotte lesioni organiche gravi, modificare vantaggiosamente la composizione del sangue, e ostacolare il progresso della malattia.

ZIEMSSEN. — **Ueber das Typhus recidiv.** *(Sul tifo recidivo).* In: *Deut. Arch. für Klin. med.* XXXIV, 4.

Su questo medesimo argomento Steinthal pubblicò nello stesso fascicolo del « Deut. Arch. » un lavoro che diede occasione a questa pubblicazione dell'Autore. Le conclusioni dello Steinthal sono queste: La recidiva del tifo addominale è molto più rara di quanto generalmente si crede. Il criterio più sicuro ne è il graduale cominciare della febbre, se in terza giornata la temperatura ha raggiunto 40°, si può con sicurezza diagnosticare la recidiva. La diagnosi è per lo più indipendente dall'ulteriore insorgenza della roseola. Dopo la temperatura, il segno più importante è la roseola. Il tumore di milza, i sintomi intestinali, il dicrotismo, la bronchite sono meno importanti, ma qualcuno di questi deve trovarsi unito ad uno di quei due segni principali, (roseola-temperatura) per stabilire la diagnosi di recidiva. La recidiva è insita nella natura della malattia, nessuna terapia o dietetica durante l'apiressia può impedirla: nel suo principiare viene influenzata in alcuni casi da errori di dieta, o da eccitamenti psichici.

A questo lavoro di Steinthal, l'Autore fa alcune considerazioni, e in proposito cita i casi di propria osservazione. Dall'anno 1878 al 1881, su 832 tifosi, vide la recidiva 108 volte, ossia 13 volte su 100. La maggior parte delle recidive accadde nei casi di tifo leggiero, e di media gravezza (80 su 108), mentre le altre 28 recidive accaddero nei casi di tifo grave. Il numero delle recidive gravi fu solo 9, tre di queste terminarono colla morte.

Quanto alla patogenesi della recidiva, l'Autore non accetta l'idea di una nuova infezione dall'esterno. Secondo lui, a quest'idea sostenuta anche da Griesinger, sta contro, il fatto che non osservò che molto raramente infezioni di tifo locali, negli ammalati che degevano nell'ospitale per altre malattie. Sta contro a quell'idea anche la brevità dello spazio febbrile intermedio: non sarebbe ragionevole pensare che una seconda infezione insorga durante il periodo della febbre, cioè durante il tifo, nè d'altra parte si potrebbe credere che l'incubazione si facesse nel breve periodo afebbrile intermedio. Finchè nuovi fatti non facciano accettabile un'altra ipotesi, l'Autore crede accettabile questa, che durante il tifo principale resti nell'organismo latente un materiale infettivo che allora non si sviluppa nè si distrugge, materiale che poi diventa attivo producendo la recidiva. È favorevole a quest'ipotesi la persistenza del tumore splenico, durante lo stadio afebbrile, e il fatto che possono darsi nello stesso soggetto una dopo l'altra due recidive: nei casi di recidive molteplici non si potrebbe pensare ad infezioni dall'esterno.

Il principio della recidiva è caratterizzato o dal noto salire graduale della temperatura, oppure la febbre ingruisce alta, non di raro a freddo. L'altezza e durata della febbre nella maggior parte dei casi sono piccole, la curva della temperatura più decisamente remittente che nel tifo principale. In 63 casi in cui tanto nel tifo principale, che nel recidivo

si osservò da principio fino alla fine l'andamento della temperatura, la intensità e durata della febbre furono nella recidiva, minori che nel tifo principale in 27 casi, più forti che nel tifo principale in 19 casi, di intensità eguale in 17 casi. La durata della recidiva oscillò fra 4 e 35 giorni: nella maggior parte dei casi la recidiva cominciò quattordici giorni dopo la cessazione della febbre primaria, i giorni nei quali accadde con maggior frequenza la recidiva furono il 5.°. il 7.°, il 14°. In quattro casi la pausa afebbrile durò un solo giorno, in un caso durò diecianove giorni. Nelle 101 recidive vi furono recidive multiple in sei casi: in cinque di questi la recidiva fu duplice, in uno triplice.

La milza durante la recidiva inturgidisce, ma non tanto come nel processo principale, solo in pochi casi nella recidiva (corrispondentemente ad una maggiore intensità nella malattia) aumentò di volume più che nel tifo principale. Il tumore splenico durante la pausa afebbrile può rimanere immutato, di regola durante questa diminuisce, ma non tanto da ritornare alla norma. Nei casi di duplice recidiva, la milza diminuì nelle due pause, e nelle recidive aumentò di nuovo ma senza una regolarità assoluta. La ròseola accadde nella maggior parte delle recidive ma non colla regolarità con cui nel processo primario. Comparve in 87 casi, mancò o fu dubbia in 25. Nel primo giorno della recidiva accadde in sei casi, nel tredicesimo in due casi, nel quinto giorno in tredici casi. La roseola accadde nei primi sei giorni della recidiva nel 69 per cento dei casi, dal settimo giorno al tredicesimo nel 32 per cento.

Non di rado il decorso della recidiva è così grave, e quello del tifo primitivo così leggiero, che quest'ultimo può sfuggire alla diagnosi e si prende allora per vero tifo la recidiva. La frequenza della recidiva è soggetta a grandi oscillazioni, bisogna andar molto cauti prima di decidere se vi abbia influenza la terapia col bagno freddo: pare più probabile che se ne deva cercar la ragione nella stessa natura delle singole epidemie.

La cura della recidiva è, secondo l'Autore, la stessa che nel tifo primario. È a notarsi che la temperatura si lascia più facilmente che in questo, influenzare dagli antipiretici, bastano quindi modiche sottrazioni di calore, e più piccole e rare dosi di antipiretici. Bisogna aver presente la condizione in cui gli organi sono stati ridotti dal tifo principale, specialmente aver riguardo al grado di debolezza cardiaca, allo stato del sistema nervoso e dell'apparecchio digerente. Basta l'introduzione di albuminoidi e idrati di carbonio in forma fluida, eccitanti, bagni tiepidi e qualche dose di chinino o salicilato di soda. Come albuminoidi liquidi l'Autore adopera il succo di carne recente 100 grammi al dì, latte, giallo d'uovo nella mistura di Stokes, the eccitanti, cognac, vino, e col cader della febbre, birra buona. Malgrado ogni precauzione prima di cominciare la dieta solida, accadono non di rado leggieri movimenti febbrili specialmente se vi è stitichezza: sono febbri però che non durano più di uno o due giorni. L' Autore non crede all'insorgenza della recidiva in causa di errori dietetici.

L'Autore aggiunge poi qualche contro obbiezione alle osservazioni di Steinthal, e specialmente sui segni che secondo questi assicurerebbero la diagnosi di tifo recidivo. Ziemssen crede la roseola e il tumore della milza più importanti che il graduale aumento della temperatura che manca con relativa frequenza. Biermer e Fleischl ancora più decisamente di Ziemssen, asseverano l'importanza della seconda eruzione di roseola, dicendo che questo fatto fa sicurissima la diagnosi della recidiva.

Per la futura statistica del tifo recidivo, gioverà tener come sintomi cardinali: il graduale innalzarsi della temperatura, la roseola, il tumore della milza, ed esigere per la diagnosi di recidiva almeno due di questi ben inteso colle altre condizioni necessarie per questa diagnosi, e una secondaria compartecipazione dell'intestino, dei bronchi, ecc.

L'Autore crede che la conclusione di Steinthal che il tifo recidivo sia più raro di quanto si crede, non sia in modo assoluto accettabile, e ricorda come non si possa trascurare a questo proposito, il fatto della differenza nella frequenza della recidiva in differenti luoghi e differenti tempi.

A quella conclusione inoltre sono contrarie le statistiche dell'Autore, di Liebermeister e altri.

È quanto all'altra conclusione che la recidiva sia dovuta alla natura del processo, ricorda la già esposta opinione della latenza di tenue quantità di sostanza infettiva.

LIANDIER. — **Des Kystes hydatiques du foïe ouverts dans l'estomac principalement au point de vue du pronostic.** (*Delle cisti idatiche del fegato aperte nello stomaco principalmente dal punto di vista pronostico*). In: *Gaz. Med. de Paris.* N. 49, 50, 51, 1883 e 4, 1884.

L'Autore osservò nella Clinica di Blachez un caso di cisti del fegato apertasi nello stomaco, con esito felice; più tardi un altro caso consimile, pure con esito favorevole fu osservato dal dott. Bruchet.

È questo un evento abbastanza raro: secondo alcuni autori l'esito è felice, secondo altri mortale. Quelli più frequentemente consultati su questo argomento sono Cadet de Gassicourt e Davaine. Per il primo l'apertura della cisti nello stomaco, è sempre letale, per il secondo è invece un esito favorevole. Frerichs crede questo accidente molto meno pericoloso che l'apertura attraverso le vie respiratorie, e di questa opinione sono pure Murchison, Grisolle e Jaccoud. Invece Trousseau, Duplay, Rendu, Dieulafoy dicono che questi casi di perforazione stomacale sono quasi fatalmente mortali.

Quando una cisti epatica tende ad aprirsi all'esterno qualunque sia la via che prende, si manifestano accidenti peritoneali più o meno intensi: dolore vivo al tumore e nelle parti vicine, febbre più o meno forte, vomiti. Questi nel caso osservato dall'Autore erano incoercibili,

si trattava però di una gestante: il dolore sul tumore era così vivo che durante i sei mesi precedenti la rottura, non potè abbandonare il letto.

L'itterizia è abbastanza frequente. Questi sintomi che a diverse riprese possono scomparire, diminuire, o ricomparire, possono anche del tutto mancare, e aversi a solo indizio della avvenuta perforazione, la espulsione delle cisti. Questa espulsione può farsi per la bocca e per l'ano. In un caso narrato da Duchaussoy la diagnosi sarebbe stata impossibile, il vomito mancò sempre quantunque all'autopsia si trovasse: pericardite, vasta cisti tra il lobo sinistro e il destro del fegato comunicante collo stomaco per un orificio che lasciava passare il dito: la mucosa stomacale era nerastra come nelle flogosi croniche.

L'Autore fa una rivista di quindici casi di apertura di cisti idatiche nello stomaco. Di questi, nove ebbero un esito felice, su due tra i sei in cui accadde la morte, manca ogni dettaglio, in un altro le lesioni erano troppo complicate, e la morte poteva ascriversi alla perforazione avvenuta contemporaneamente nel torace.

Secondo l'Autore questa statistica induce ad ammettere in tali casi di perforazione nello stomaco, una prognosi più fausta che non sia ammessa da alcuni trattatisti: però la perforazione nello stomaco sarebbe meno felice che quella nell'intestino, essendo in quest'ultimo evento, secondo Letowmer avvenuta la guarigione su 32 casi, 27 volte, ma sarebbe più felice che quella nelle vie respiratorie: infatti secondo Duvernoy (« Thèse inaugurale 1879 ») su trenta cisti idatiche del fegato, apertesi nei bronchi, solo 13 guarirono, e di quindici apertesi nella pleura, tre malati soli guarirono e dovettero la loro salute all'operazione dell'empiema.

L'Autore si domanda se la cicatrice stomacale risultante dalla perforazione possa subire l'azione distruttiva del succo gastrico e divenire il punto di partenza di un ulcera rotonda. Se questo evento è possibile, non ne è dimostrata la realtà.

Quanto al trattamento, secondo l'Autore, non si può altro che amministrare dieta lattea e qualche oppiato, e suggerisce il riposo, non si può facilitare l'evacuazione della cisti somministrando gli emetici, perchè potrebbe accadere la rottura di aderenze poco solide, e la peritonite.

Demons. — **Kyste hydatique du foie compliqué d'un épanchement de bile.** (*Cisti idatica del fegato complicata a versamento di bile*). In: *Journ. de Med. de Bordeaux*, 9 dec. 1883.

Una malata di trent'anni, presentava un tumore voluminoso alla faccia inferiore del fegato, indolente, accompagnato da disturbi nella digestione, e giudicato dall'Autore per una cisti idatica. Una prima puntura diede esito a cinque litri di liquido chiaro, malgrado questo, la cisti si riempì ancora, e fu necessaria una seconda puntura, che diede

allora esito a due litri e mezzo di liquido bilioso, giallastro. Ordinariamente la bile ha un' influenza deleteria sugli echinococchi, ma in questo caso la cisti tornò ancora a riempirsi, lo stato dell'inferma divenne più serio, essa provava vivi dolori nell'ipocondrio destro, ai lombi, fra le spalle, perdeva l' appetito, qualche volta avea vomito. Allora l' Autore fece l'apertura della cisti, col metodo di Récamier: l'applicazione ripetuta dei caustici durò tre settimane, e dopo questo tempo l' Autore mise un grosso trequarti a permanenza: dalla cannula uscirono molto líquido giallastro, bilioso, e membrane cistiche. La secrezione continuava sempre anche dopo centotrentacinque giorni dall' introduzione della cannula. Levando la cannula c' era il pericolo che la bile accumulandosi distendesse di nuovo la cisti, lasciandola in sito si esponeva la paziente all'esaurimento: l' Autore prescelse il primo consiglio, e tolse la cannula: allora a poco a poco la secrezione cessò. Egli crede che in questo caso esistesse una larga comunicazione fra le vie biliari, e la cisti idatica, ed osserva che se la presenza di una piccola quantità di bile può agire favorevolmente, un vasto spandimento di essa può creare una complicazione.

Rubino. — **Contribuzione clinica allo studio della cirrosi epatica volgare.** (*Giorn. Internaz.* redatto da Perli. Anno VI, fascicolo 3, pag. 177).

L' Autore narra due casi di cirrosi epatica. In uno attribuisce la malattia alla malaria, e critica la facilità con cui si fa da taluni la diagnosi di cirrosi senza causa nota: la influenza della malaria può essere latente, fa parte anche alla causa reumatica nella patogenesi della cirrosi del fegato. Attribuisce il decorso rapido di questi due casi a speciale predisposizione generale e locale, forse pel cattivo metodo di vita, e per l'insufficiente alimentazione, cause che diminuiscono la resistenza organica, e agevolano il lavorio flogistico. In uno dei casi osservati dall' Autore all'ascite precedettero gli edemi agli arti inferiori. Per la spiegazione di questo fatto l' Autore ricorda l' ipotesi di De-Giovanni, sulle alterazioni della cava, e quella di Jaccoud della compressione prodotta da ganglii ammalati: egli non ammette nè questa nè quella nel suo caso, ma la trombosi periferica dovuta al notevole deperimento organico. La rarità del respiro che uno dei suoi malati quantunque avesse enorme ascite, presentava, la attribuisce a diminuzione di eccitabilità del centro respiratorio, in seguito alla acolia. Distingue acolia da colemia: infatti altra cosa è che la bile già formata non venga eliminata, ed altra che gli elementi che avrebbero dovuto formarla siano ritenuti nel sangue.

Alla acolia attribuisce l' Autore anche il respiro di Stokes e sintomi di epilessia osservati in quello stesso caso, e a questo proposito ricorda le teorie di Traube e Murri.

DE-GIOVANNI. — **Studii morfologici sul corpo umano, a contribuzione della clinica**. (*Gazzetta med. It. Prov. Venete.* N. 10, 11, 13, 17, 1884),

L'Autore, si è da molto tempo proposta la tesi se e come la speciale morfologia degli organismi costituisca la base di una speciale morbilità; come le stesse malattie nei singoli individui presentino tante varietà nosologiche. Le misurazioni dell'altezza del corpo, dal diametro trasverso, (distanza tra l'apice del dito medio destro e il sinistro a braccia distese) della circonferenza toracica, dell'altezza del torace (distanza tra la fossa jugulare e il punto in cui la cartilagine ensiforme si attacca allo sterno), dell'altezza dell'addome (distanza tra il punto di attacco della cartilagine ensiforme e il pube), della larghezza del bacino (distanza tra le due spine iliache anter. super.) diedero all'Autore risultati utili alla dimostrazione dell'opportunità di quella tesi.

Negli individui ben conformati la circonferenza del torace corrisponde alla metà dell'altezza scheletrica, ma questo non basta a concludere alla buona conformazione d'un soggetto, conviene pure che in esso la altezza del torace corrisponda a metà altezza dell'addome. Malgrado la capacità del torace sia normale e anche superi la media normale, possono manifestarsi la valetudinarietà e la tisichezza polmonale, e se l'addome ha un altezza superiore alla media sono prevalenti i disturbi ventrali. Per giudicare della normale conformazione dell'addome, bisogna tener conto anche della sua ampiezza: ora siccome non v'ha un termine medio che rappresenti il tipo fisiologico del diametro biiliaco, bisogna ammettere che l'ampiezza dell'addome aumenta o diminuisce, a seconda che il diametro biiliaco si avvicina al minimo o al massimo che si conoscono.

È caratteristico dei tisici portare un torace meno sviluppato, ma in alcuni di essi il ventre o sta in proporzioni col torace, e come [questo è inferiore alle esigenze dell'organismo o sta in proporzioni maggiori del torace, e quindi più proporzionato alle esigenze dell'organismo, o sta in proporzioni inferiori rispetto al torace e quindi anche più di questo è inferiore alle esigenze dell'organismo e in quest'ultimo caso la predisposizione alla tisi è maggiore che negli altri due, dei quali nel primo si avranno meno che nel secondo probabilità di sfuggire alla consunzione.

Un'altra misura che deve considerarsi nei tisici, è il diametro trasverso. Nei predisposti alla tisichezza polmonale la prevalenza del diametro trasverso è più o meno cospicua e non manca in nessun caso: questa prevalenza esprime pure l'eretismo individuale che è appunto frequente nei tisici.

Ma il torace può avere relativamente alla quantità dello sviluppo scheletrico, uno sviluppo maggiore, e in questi casi vi è predisposizione alle cardiopatie. Quanto allo sviluppo del cuore le medie fisiologiche oscillanti tra un massimo e un minimo normali, sono insufficienti a

giudicarne della normalità. In alcuni quel volume che si mantiene pur nei limiti della media è insufficiente alla funzione idraulica, in altri è proporzionato allo scopo fisiologico, in altri è eccessivo: nè istituendo l'esame obbiettivo basta considerare nel cuore una media fisiologica di sviluppo cardiaco, ma bisogna precisare ciò che vale questo dato sviluppo in rapporto colle altre parti del corpo. Dati tre individui in cui l'altezza del corpo sia eguale, ma il cuore abbia misure differenti, dove il cuore è più sviluppato abbondano i tessuti muscolari, è ricca la circolazione arteriosa, scarseggiano o mancano i turgori venosi, e mancano le traccie di sofferenze linfatiche o scrofolose; dove il cuore è meno sviluppato esiste gracilità del corpo, sono visibili le vene sottocutanee, massime nelle parti inferiori o lontane dal cuore, il fegato è voluminoso, abbonda il pannicolo adiposo, è sparso l'acne indurato e suppurato sulla cute del dorso, sono facili i catarri bronchiali e intestinali. Ma nel giudicare della normalità della funzione cardiaca relativamente alla idraulica fisiologica, non bisogna esclusivamente affidarsi alla considerazione del cuore, come solo muscolo funzionale, bisogna valutare l'influenza dell'innervazione, che a seconda dei casi può agire vantaggiosamente, o dannosamente sull'emodinamica.

Secondo l'Autore l'antropometria offre anche criterj per giudicare dello sviluppo degli organi addominali.

Negli individui meglio costituiti l'altezza del ventre è doppia dell'altezza del torace, ed è divisa in due parti eguali dall'ombellico, sicchè la linea xifo-ombellicale è eguale alla ombellico-pubica. Nella maggior parte dei casi si trova la linea xifo-ombellicale maggiore dell'ombellico pubica, più è sviluppata la xifo-ombellicale e maggiore è lo sviluppo del fegato. Questo criterio soccorre anche nella ricerca fisica di questo viscere, molte volte difficile a farsi, e l'Autore si ferma a considerare le difficoltà della determinazione dell'area epatica. L'utilità di considerare anche il volume del fegato in rapporto al generale organismo e la misurazione del ventre, in rapporto a tutto il corpo, è dall'Autore provata con parecchi esempj.

L'utilità massima delle ricerche antropometriche è mostrata dal fatto che esse annunciano le disposizioni morbose. Queste ponno essere modificate dal medico oculato, mentre la più illuminata scienza è impotente contro i morbi costituzionali già stabiliti. L'Autore insiste sulla opportunità che i giovani e gli adolescenti siano ricercati per tempo, anche coll'antropometria nelle loro predisposizioni morbose.

RIVISTA D'OTTALMOLOGIA

del dott. R. RAMPOLDI

Armaignac — *Rendiconto della 2.ª sessione della Società francese di ottalmologia.*

Materie trattate.

Masselon — *Sulla infiltrazione vitrea della retina e della papilla.*
Copper — *Del jequirity nella cura dell'ottalmia granulosa.*
Gayet — *Della iridectomia nei casi di chiusura della camera anteriore.*
Chibret — *Processo semplicissimo di sfinterotomia e iridectomia applicabile alla operazione della cataratta.*
Dufour — *Sulla emiopia.*
Nicati — *Della acutezza visiva binoculare.*
Galezowski — *Del distacco di retina.*
Boucheron — *Del distacco di retina per essudato coroideale.*
Darier — *Della reazione elettrica del nervo ottico come mezzo di diagnosi nelle diverse forme d'ambliopia.*
Dianoux — *Della anestesia del nervo ottico.*
Terson — *Sulle miure amministrative da prendere per evitare i danni della ottalmia purulenta dei neonati.*
Fontan — *Dei segni diagnostici positivi della emerolopia essenziale.*
Parinaud — *Sulle affezioni reumatiche dell'occhio.*
Abadie — *Delle manifestazioni oculari della scrofola e della sifilide ereditaria.*
Dor — *Due casi di affezioni oculari dipendenti da disordini me struali.*
Masse — *Delle cisti e dei tumori perlacei dell' iride : loro etiologia e loro rapporti colle lesioni traumatiche dell'occhio.*
Fieuzal — *Cataratta emorragica.*
G. Martin — *Rapporti delle affezioni oculari con l'emicrania.*
Bertrand — *Influenza della refrazione e della grandezza della pupilla sulla acutezza visiva.*
Bravais — *Simulazione di amaurosi unilateuale. — Nuova forma data alla prova di Snellen coi vetri colorati.*
Motais — *Ricerche sui muscoli dell'occhio e sulla capsula di Tenon nell'uomo e negli animali.*

Dehenne — *Influenza delle condizioni generali dell'organismo sui cattivi risultati di certe operazioni di cataratta.*

Monoyer — *Sulla teoria dei sistemi diottrici.*

Pamard — *Su un nuovo processo di iridectomia.*

Gayet — *Della percezione dei raggi ultra-violetti negli operati di cataratta.*

Pagenstecker — *Contributo alla etiologia e alla cura della cellulite orbitale.*

Knapp — *Della cecità che segue alla trombosi dei vasi retinici nella resipola della faccia.*

Mooren — *Annotazioni intorno la genesi del glaucoma.*

Del Monte — *Del glaucoma.*

Quaglino — *Intorno alla retinite pigmentosa.*

Panas — *Retiniti emorragiche.*

Aguilar Blanch — *Alcune osservazioni sull'emeralopia.*

Mengin — *Dell'iridectomia nell'operazione della cataratta senile — sue indicazioni.*

Steinheim — *Contributo allo studio dell'eritropsia.*

Nieden e Schmidt-Rimpler — *Sulla localizzazione del centro visivo nell'uomo.*

C. von Monakow — *Dei centri d'origine dei nervi ottici e loro relazione colla superficie cerebrale.*

Uthoft — *Ottalmoscopia negli alienati.*

L. A. Chauzeix — *Il Jequirity.*

Hippel — *Dell'ottalmia jequiritica.*

Dujardin — *Dell'uso del sublimato nelle ottalmie granulose.*

Abadie — *Cura della cheratite interstiziale grave, mediante le injezioni sottocutanee di bicloruro di mercurio.*

R. Secondi — *Sulla medicazione antisettica nelle operazioni di cataratta.*

Reymond — *Modificazione all'esame degli equilibri muscolari e leggi del rapporto tra l'accomodazione e la convergenza oculare.*

ARMAIGNAC. — **Rendiconto della 2.ª Sessione della Società francese di Ottalmologia.** (In: *Revue clinique d'Oculistique.* Gennajo e Febbrajo 1884) (1).

Sull'esempio delle associazioni di Ottalmologia inglese, italiana e tedesca, che si riuniscono annualmente a trattare argomenti scientifici della specialità, s'è costituita da due anni in Francia una Società, la

(1) V. anche in: « Recueil d'Ophtalmologie », gennajo, febbrajo e marzo 1884.

quale raccoglie già la maggior parte dei cultori dell'Ottalmologia francesi. Nel gennajo di quest'anno si tenne la 2.ª sessione in Parigi e, perchè le materie ivi svolte, ci sembrano di non piccola importanza, vogliamo farne qui un succinto accenno.

MASSELON. — *Sulla infiltrazione vitrea della retina e della papilla.*

È noto come la membrana vitrea della coroidea, per un processo di proliferazione ancora non ben noto in tutte le sue fasi cliniche, dà luogo talune volte, massime nei vecchi, a produzioni verrucose, che all'esame interno dell'occhio si mostrano sotto forma di piccole macchie biancastre, gialliccie o rosee, arrotondite, ora aggruppate, ora discrete. L'Autore ha dimostrato come la retina nella sua regione peripapillare possa essere talune volte la sede di una simigliante manifestazione, designata sotto il nome di *infiltrazione vitrea.* In questi casi la affezione è primitiva: quando il processo per avventura esordisca nelle parti periferiche della retina, allora è quasi sempre secondario o a degenerazione pigmentosa della stessa membrana, ovvero a corio-retinite congenita unilaterale. Anche la papilla ottica può essere sede della infiltrazione primitiva, la quale non offende la acutezza visiva, se non quando invade la macula lutea. L'affezione è quasi sempre bilaterale e, come si disse, più propria dell'età senile.

COPPER. — *Del jequirity nella cura dell'ottalmia granulosa.*

L'Autore ha sperimentato il medicamento su 164 ammalati e ha trovato che: è vantaggioso specialmente contro i vecchi tracomi con panno ribelle della cornea, contro le congiuntiviti follicolari e contro certe ulcere atoniche della cornea e cheratiti parenchimatose a decorso lento. Inoltre lo jequirity è un mezzo da preferirsi, nelle opportune indicazioni, alla inoculazione blennorragica, e deve cedere il posto al nitrato d'argento, al solfato di rame e all'acetato di piombo nella congiuntivite granulosa. L'applicazione del rimedio non è sempre affatto scevra di accidenti perniciosi: questi tuttavolta hanno, sempre secondo l'Autore, una significazione lieve di fronte ai molti e reali vantaggi che dà il nuovo mezzo di cura dei tracomi.

Discussione sul valore terapeutico del jequirity.

Il dott. Menacho ha fatte le sue osservazioni su 300 malati nella Clinica del prof. Wecker, di cui l'Autore è assistente. L'uso del medicamento, comparato ai mezzi di cura finora usati, fu dimostrato vantaggioso: 1.° nelle forme torpide di ulcere corneali, di ulcere a faccette e principalmente nella cheratite cicatriziale; 2.° nel panno scrofoloso pertinace; 3.° negli stati consecutivi alla cheratite parenchimatosa, infiltrazione e sclerosi. L'applicazione del jequirity ingenera una diminuzione di tensione del bulbo oculare.

Il dottor Vallez ha confermato i buoni effetti del jequirity nella cura delle granulazioni: Abadie ha pure appoggiate le conclusioni del collega per ciò che riguarda il tracoma inveterato, facendo osservare essere necessaria tuttavolta una cura generale tonica e modificatrice, consistente nella igiene, nel buon nutrimento, nella somministrazione del joduro di potassio, ecc. È il microbo del jequirity che si incarica di combattere e vincere quello della congiuntivite granulosa. Nicati pur riconoscendo i buoni servigi del jequirity nella congiuntivite granulosa, è persuaso che convenga porre esatte indicazioni per l'impiego del mezzo, avendo riguardo ai varii periodi del male. Secondo l'Autore il medicamento è nocivo nel periodo 1.° o florido della congiuntivite; è inutile, tranne che in casi eccezionali, nel 2.° periodo, o ulceroso; è invece assai vantaggioso nel 3.° o fungoso.

I buoni effetti ottenuti dall'impiego del jequirity nel tracoma della congiuntiva constatarono pure Terson, Vacher e Armaignac.

Il dott. Vemmann s'è occupato della ricerca del principio attivo del jequirity e, a differenza di Sattler il quale dice non essere quello altro che un microbo speciale, avrebbe trovato trattarsi di una sostanza chimica perfettamente definita nella sua composizione e analoga a un fermento solubile. Sottoposta alla temperatura di 63 gradi per 10 minuti, tal sostanza perderebbe le sue proprietà: introdotta in quantità abbastanza grande nel sangue di un animale, in alcune ore riuscirebbe letale: a dose men forte parrebbe ingenerare una malattia putrida, analoga a quella determinata da inoculazione di fibrina putrefatta.

Nel giudizio di Landolt, qualunque esser possa il principio vero attivo del jequirity, la osservazione dimostra che questo medicamento vuol essere riservato a quei casi inveterati di tracoma, che hanno resistito agli ordinarii mezzi di cura. Nè molto dissimile è stato l'avviso di Panas

In mezzo ai molti laudatori del jequirity non mancò nel Congresso francese chi sorse a temperare il soverchio entusiasmo. Il Dor, ad es., pur non negando che buoni risultati ha ottenuto ancor egli col nuovo mezzo di cura delle granulazioni, ha avvertito che, a parità di circostanze, identici successi ha conseguito coi vecchi presidii terapeutici: il Galezowski anche ha espresso il dubbio che col jequirity non abbia gran che vantaggiato la cura del tracoma e il Gayet, sperimentando su trenta fanciulli affetti da granulazioni, non s'è peritato di affermare, che i risultati son sempre stati negativi.

A proposito di queste risultanze ha fatto osservare Parinaud, che, trattandosi di bambini, il jequirity poteva ben dar luogo a differenze terapeutiche, sapendosi che in simiglianti casi le granulazioni seguono un decorso diverso che negli adulti: e Chibret si è domandato se i contradditorii risultati non erano per avventura dipendenti dal fatto che le relative osservazioni erano state allestite in condizioni geografiche differenti.

Un italiano, il dott. Parisotti di Roma, assistente alla Clinica del prof. Galezowski e presente al Congresso ha accennato ai risultati negativi ottenuti da parecchii oculisti italiani, che esperimentarono il jequirity, non senza aggiungere però che da taluni s'erano conseguiti buoni successi: dopo di che il prof. Wecker, riassumendo la discussione, constatò che di fronte ai numerosi successi del jequirity stavano pochi risultati negativi: inoltre che per sua parte non credeva affatto esaurita la quistione, quantunque egli, Wecker, primo fra tutti (non lo disse, ma è noto) abbia cantate le lodi del nuovo rimedio: abbisognare perciò nuovi studj sperimentali e clinici per assodare le vere indicazioni e le controindicazioni: essere frattanto accertato che nello stadio acuto delle granulazioni il mezzo non conviene, e quanto al principio attivo ritenere più vero l'asserto di Sattler, che non quello di Vennemann.

Gayet. — *Per la iridectomia nei casi di chiusura della camera anteriore.*

Alloraquando per una ragione qualsiasi la camera anteriore dell'occhio trovasi abolita e nondimeno occorre fare la escisione di lembo d'iride, questa operazione riesce difficile assai, perchè il cheratotomo non può manovrarsi. Allora l'Autore raccomanda di incidere la cornea con un ordinario scarificatore fino a perforazione della camera verso la periferia, poi di completare il taglio con le forbicine smusse.

Noi crediamo, che non ci sarà oculista, il quale, nelle condizioni indicate dal Gayet, non sia stato costretto a seguire lo stesso modo di procedere.

Chibret. — *Processo semplicissimo di sfinterotomia e iridectomia applicabile alla operazione della cataratta.*

Questo processo, già noto a Carter, or ricordato dal Chibret, consiste in ciò, che la iridectomia si farebbe, dopo incisione della cornea, mediante la pinzetta-forbice di Wecker, applicandone le sottilil lame a piatto sull'iride e di questa escidendo quella fettuccia che cade tra mezzo le lame stesse aperte.

La comunicazione dell'Autore non ha trovata adesione nel Congresso e neppur noi potremmo argomentare, che alcun oculista sarà per sostituire al consueto modo di escisione dell'iride una modificazione, che non è nè più semplice, nè più utile.

Dufour. — *Sulla emiopia.*

Studiando in alcuni emianopsici la *natura* del disordine visivo, non i *limiti* del campo alterato della visione, l'Autore è giunto a riconoscere, che vi sono casi di emiopia, in cui la parte abolita del campo periferico è *oscuro*, quale, ad esempio, per distacchi di retina, emorragia, ecc.; ed altri casi, nei quali invece la stessa parte è funzionalmente *nulla*, in quella guisa, ad esempio, che è nulla la projezione

della macchia cieca di Mariotte nel campo visivo. In questo caso il paziente adunque non si accorge lui stesso del manco nel campo periferico. La ragione di una tale differenza sostanziale nelle emianopsie esiste in ciò, secondo il giudizio dell'Autore, che talora è solamente interrotta la sensazione luminosa per una alterazione che ha sua sede nella retina o nelle fibre conduttrici e talaltra invece la stessa sensazione è nulla, perchè le cellule corticali del cervello sono alterate o distrutte. Deriva da ciò un importante criterio per la diagnosi di sede della lesione: si avrebbe, a mo'd'esempio, l'emianopsia oscura per alterazioni inibenti dei nastrini ottici e la emianopsia nulla per lesione esistente, fino a prova contraria, nella sostanza corticale della circonvoluzione corrispondente al lobo occipitale.

NICATI. — *Della acutezza visiva binoculare.*

In una serie di sperienze intese a dimostrare numericamente la superiorità l'Autore è giunto alla conclusione che le impressioni luminose simultaneamente ricevute della retina su punti corrispondenti si sovrappongono in un centro comune del sensorio e si rinforzano.

GALEZOWSKI. — *Del distacco di retina.*

Una numerosa statistica (639 casi) relativa a questa affezione ha dato modo a Galezowski di tesservi intorno alcune utili considerazioni. Circa la etiologia: il distacco retinico 13 volte parve dovuto a infezione sifilitica, 10 volte soltanto a artrite cronica; nella gran maggioranza dei casi la miopia e i traumi furono i momenti causali. Circa la cura: conviene aver riguardo a queste stesse cause e combatterle. La natura sifilitica del male può cedere sotto un opportuno trattamento curativo; la retina può riporsi, ma rimane una infiltrazione di pigmento localizzata alla sede del male e la membrana non riacquista ivi la sua funzione. — In dati casi gioverà la paracentesi della sclerotica: in tutti la posizione orizzontale obbligatoria per più mesi dovrà essere raccomandata e mantenuta con cura.

BOUCHERON. — *Del distacco di retina per essudato coroideale.*

Fu questione se un primitivo essudato coroideale, senza lesione precedente del corpo vitreo, poteva meccanicamente distaccare la retina. L'Autore, injettando cantaridato di soda (all'1 per 100) nello spazio estra-coroideale del coniglio, ha sperimentalmente prodotto quel distacco, per cui risponde in modo affermativo al quesito. Una identica possibilità Boucheron la ha dimostrata pur nell'uomo, esaminando istologicamente un occhio affetto da recente distacco retinico, in cui il vitreo intatto aderiva alla retina. Un sarcoma intra-coroideale ne era la causa ne'primi stadii.

Nei distacchi non recenti di retina, il vitreo rimane sollevato, le sue fibrille si retraggono e questa condizione impedisce alla retina aderente

di riaccostarsi alla coroidea. In distacchi ancor meno recenti le fibrille vitree subiscono una trasformazione in tessuto connettivo di nuova formazione: ciò fa aumentare anche più la superficie del distacco, la copia dell'essudato retro-retinico, e durevolmente impedisce qualunque ripristino, anche parziale, della funzione visiva.

L'ipertonia, che segue alla compressione del vitreo, non dura gran che, e le perforazioni della retina sono possibili così in recenti, come in antichi distacchi. Tra le cause più comuni, oltre la sclero-coroidite dei miopi, ingenerano l'essudato coroideale primitivo, le manifestazioni reumatiche od uricemiche; i disordini igienici, le intemperanze di qualunque natura, i traumatismi, le brusche impressioni atmosferiche ponno essere le occasioni per la genesi della coroidite e del distacco retinico, quando le condizioni predisponenti siensi dichiarate già innanzi.

Quanto alla cura, l'Autore, se trattisi di distacco recentissimo, crede utile la iridectomia; quindi i rimedj salivatorii e i diaforetici; quindi anche gli antiuricemici e, trattandosi di natura specifica del male, gli antisifilitici.

Fin qui il dottor Boucheron. Come però il distacco retinico è l'eterno scoglio degli oculisti, che non vorrebbero per niun conto dirlo incurabile, quantunque infino ad ora molto si sia detto intorno all'argomento e assai poco si sia fatto, così è accaduto naturalmente, che al Congresso francese le comunicazioni di Galezowski e di Boucheron abbiano sollevato una discussione tra i presenti, quale non ci pare superflua cosa di qui riferire in succinto.

Per Pamard, poichè il distacco retinico o non si ripone affatto, o anche riposto non migliora la condizione visiva, convien lasciare qualsiasi cura locale, che altro non fa che tormentare l'ammalato; non solo ma anche abbandonare l'idea di un riposo forzato in posizione orizzontale, ecc. Se cura s'ha da fare sia igienica, tonica e il paziente si muova, si svaghi se può, ecc. E anche Abadie, pur intendendo solo di riferirsi al distacco semplice di retina, o idiopatico, che è il men difficile a essere curato, opina che può, è vero, giovare la posizione orizzontale rigorosa, ma mantenuta soltanto per pochi dì, laddove il Galezowski vorrebbe per sei mesi. Parinaud ha fatto sapere, essergli riuscito di guarire un caso di recente distacco con l'escisione di un po' di sclera e le paracentesi consecutive: Armaignac ha tentato in un caso di aspirare il liquido retro-retinico con la siringa del Pravaz, e Chibret fu dell'avviso, che è meglio abbandonare a sè il distacco una volta avvenuto: si cerchi piuttosto di prevenire un ugual male nell' occhio che rimane sano.

È stata notevole la confessione di Wecker, il quale ha trovato, che in realtà non corrispondono i varii atti operativi, che furono messi innanzi per guarire il distacco retinico, quello compreso, che lo stesso Autore encomiava or non è gran tempo. Se ora Wecker qualche cosa fa,

questa è la ripetuta cauterizzazione ignea della superficie sclerale. Con questo mezzo qualche cosa ha ottenuto Coursserant; mentre l'ammalato di Landolt si trovò guarito spontaneamente al suo ritorno da un viaggio e quelli di Dor hanno guadagnato discretamente col riposo forzato per 4 settimane, colla ventosa dell'Heurthloup e la pilocarpina.

Un ammalato di G. Martin era guarito: recidivò il distacco in seguito a una gran paura avuta. Ebbene, che ideò il Martin? Pensando che la paura doveva essere stata causa di una scossa nell'occhio e che la scossa non sarebbe avvenuta se i muscoli retti fossero stati immobilizzati, l'Autore si propose di fare, quando avrà dei nuovi guariti, il taglio di tutti e quattro i retti, per evitare che si ripeta la recidiva (?!)

Darier. — *Della reazione elettrica del nervo ottico come mezzo di diagnosi nelle diverse forme d'ambliopia.*

Stabilito in tesi generale, che una corrente elettrica di debole intensità applicata in vicinanza all'occhio sano determina una sensazione luminosa (reazione primitiva), la quale si desta più o meno prestamente a norma delle persone, e inoltre che, una volta ottenuta tale reazione, la intensità della corrente elettrica atta a provocare nuovamente la stessa sensazione (reazione secondaria) è costante in tutte le persone aventi un apparecchio nervoso visivo sano, l'Autore è d'avviso che il fosfeno elettrico del nervo ottico può essere utilizzato per porre con maggior fondamento i criterii di diagnosi e di prognosi in certe forme di ambliopie, che dipendono da lesioni organiche del nervo ottico. Perocchè quivi varierà ne'singoli casi la quantità di stimolo elettrico atto a suscitare la sensazione di luce, e colla deviazione galvanometrica se ne potranno misurare i gradi di guisa, da poter essere i segni oftalmoscopici delle ambliopie valutati nella loro significazione più prossima al vero, specialmente nel periodo iniziale delle ambliopie stesse, allorquando mal si saprebbe stabilire se queste sono ingenerate o no da atrofia ottica non ancora diagnosticabile.

Dianoux. — *Della anestesia del nervo ottico.*

Descrisse l'Autore sotto questa denominazione una varietà di amaurosi ben definita, la quale può toccare i gradi più differenti e durare o scomparire variabilmente, senza che si trovino lesioni ottalmoscopiche corrispondenti. Coesisterebbe una tal specie di cecità con la anestesia cutanea; talvolta anche con una neurite ottica dell'altro lato. Può insorgere in modo inopinato, o in seguito a questa stessa neurite, ovvero per scotoma centrale rapidamente invadente e può passare all'atrofia. Non rappresenta tale anestesia che il primo grado della neurite: la determinano lesioni interstiziali del nervo ottico, laddove queste sono parenchimatose nella atassia: la cloro-anemia e l'isterismo ne sono le cause predisponenti; le vive emozioni, i disordini circolatorj cerebrali le cause determinanti. Il regime tonico, l'idroterapia, la corrente continua e le injezioni di stricnina sono i migliori mezzi di cura.

TERSON. — *Sulle misure amministrative da prendere per evitare i danni della ottalmia purulenta dei neonati.*

I molti casi di ottalmia purulenta, che giornalmente s'osservano nei neonati, e i funesti esiti a cui pur troppo suol condurre una tale affezione, quando non è sollecitamente curata, hanno indotto il dott. Terson a domandare alla Società Francese di Ottalmologia un vero e rigoroso programma sanitario, il quale, compilato con le norme più semplici e diffuso nelle famiglie, abbia per iscopo di prevenire l'insorgenza del male o almeno di limitarne i danni.

La Società Inglese per la prevenzione della cecità già da un anno circa ha diramato, come ognun sa, un programma di concorso, con premio di L. 2000 per il miglior lavoro, intendendo, come è naturale, che sia trattato anche l'argomento della ottalmia purulenta dei neonati. Non andrà molto perciò che la quistione dovrà essere risoluta.

FONTAN. — *Dei segni diagnostici positivi della emeralopia essenziale.*

Le lesioni del fondo oculare (turgidezza delle vene retiniche, spasmo delle arteriole, edema peripapillare e perivasale); gli accessi intermittenti di ambliopia o di amaurosi; la cecità notturna manifestantesi d'improvviso colla midriasi pupillare; la paralisi di accomodazione; talune volte il restringimento del campo periferico visivo; spesso la discromatopsia irregolare, costituiscono i segni su cui si fonda la diagnosi della emeralopia essenziale, nel giudizio dell'Autore.

PARINAUD. — *Sulle affezioni reumatiche dell'occhio.*

Oltre la irite, la sclerite e certe congiuntiviti, il reumatismo può ingenerare nell'occhio cheratiti interstiziali, coroiditi diffuse a decorso sub-acuto, con intorbidamento profondo del corpo vitreo e sinecchie dell'iride; essudati coroideali sotto forma di ammassi circoscritti o di coroiditi disseminate; nevriti ottiche e retino-coroiditi — in una parola il reumatismo può nella cornea e nelle membrane profonde dell'occhio produrre lesioni, che difficilmente si differenziano da quelle di natura celtica. I criterj diagnostici differenziali si fondano nella contemporanea presenza della sclerite, sulla mobilità dei sintomi in rapporto con altre manifestazioni di natura reumatica, sui precedenti, ecc. E la cura assai giovasi del salicilato di soda, del joduro di potassio a modiche dosi e delle fumigazioni.

ABADIE. — *Delle manifestazioni oculari della scrofola e della sifilide ereditaria.*

Una delle più frequenti di queste manifestazioni, che suole attaccare la seconda infanzia (e abbastanza soventi volte anche la età adulta) è senza dubbio la cheratite parenchimatosa. Il chirurgo inglese Hutchinson ha asserito essere questa malattia dell'occhio dipendente sempre

da sifilide ereditaria: molti Autori, dopo lui, ritennero per dimostrato l'asserto e ne ebbero una riprova nei buoni effetti della cura antisifilitica: tuttavia è ancor dubbio se una tal cheratite sia in ogni caso una manifestazione della sifilide ereditaria o non piuttosto della scrofola. Abadie sembra accostarsi al primo concetto e annovera nello stesso ordine di fatti morbosi talune forme di iriti a decorso lento fin dalle loro fasi iniziali, accompagnantisi con lesioni delle membrane del fondo oculare, quali, ad esempio, le corio-retiniti più o meno diffuse. Anche in casi di questo genere tuttavia, come nella cheratite parenchimatosa, non è sempre possibile al pratico di accertarsi se più sia da incolpare la scrofola o la sifilide ereditaria, perchè non soccorre l' anamnesi e neppure il trattamento curativo. È duopo, secondo l' Autore, ricordare che le manifestazioni ereditarie della sifilide variano a seconda del periodo di trasmissibilità di questa infezione, non solo, ma ben anco che le relative lesioni ponno non essere rispondenti alla gravità della sifilide primitiva. Ed è inoltre un fatto più volte constatato, che le diverse forme della sifilide ereditaria non si giovano sempre di un ugual metodo curativo. Queste osservazioni spiegano in parte i dubbj sulla natura vera delle manifestazioni oculari in discorso.

All'Autore mossero obbiezioni Panas e Coursserant: Gayet e Nicati al contrario riconobbero la influenza della sifilide ereditaria nella genesi della cheratite parenchimatosa e Parinaud manifestò la opinione che questa malattia non sia che la espressione di una sifilide attenuata dei parenti.

DOR. — *Due casi di affezioni oculari dipendenti da disordini mestruali.*

In un caso osservò l'Autore in ragazza non ancor mestruata la emorragia nel vitreo, ripetutasi una seconda volta proprio nel periodo precursore delle regole: nell'altro trattavasi di irregolarità mestruale e si manifestò la amaurosi riflessa.

MASSE. — *Delle cisti e dei tumori perlacei dell'iride: loro etiologia e loro rapporti colle lesioni traumatiche dell' occhio.*

È un lavoro sperimentale tendente a dimostrare che cotesti tumori dell'iride traggono sempre la loro origine da fragmenti di cute, di ciglia, di cornea e congiuntiva penetrati nella camera anteriore dell' occhio in conseguenza di lesioni violente. L'Autore inoltre possiede omai più di cento osservazioni di tumori perlacei dell' iride, pubblicate da diversi Autori, e nelle quali era dimostrata la influenza del trauma.

FIEUZAL. — *Cataratta emorragica.*

Si è trattato di un vecchio di 73 anni, nel quale, dopo il taglio della cornea e la escisione dell'iride, s' ebbe nell' occhio, che si stava operando di estrazione, una emorragia *ex vacuo* della coroidea, ancor pri-

ma che fosse allontanato il cristallino, il quale insieme con molto vitreo fu cacciato fuori dall'occhio. Ne venne la panoftalmite. Il vecchio era ateromatoso.

Il caso non è nuovo. — È occorso al referente di osservarlo in due diverse riprese sul medesimo paziente, che era affetto da scorbuto. Erasi fatta una cura preparatoria, ma ciò a nulla era valso. Queste emorragie non s'osservano solo nell'atto stesso operativo, ma pure ponno sorvenire indi a non molto, specialmente per mutevoli condizioni atmosferiche, in grazie delle quali la cute soffre di una repentina ischemia arteriosa.

G. Martin. — *Rapporti delle affezioni oculari con l'emicrania.*

Nelle persone attempate un astigmatismo funzionale, per spasmo del muscolo ciliare, si osserverebbe in moltissimi casi in conseguenza dell'emicrania; nei giovani soggetti è la cornea, che col suo astigmatismo dà ragione degli accessi di emicrania. Questa è più forte dal lato dove maggiore è l'astigmatismo e in ogni modo ha con questo stretti rapporti. I fatti esposti da Martin, salvo qualche variante, furano pure ammessi da Javal.

Bertrand. — *Influenza della refrazione e della grandezza della pupilla sulla acutezza visiva.*

In questo lavoro sperimentale, che Javal ha comunicato al Congresso degli oculisti francesi, l'Autore ha dimostrato che nella emmetropia procura la migliore acutezza la pupilla di 3 mill. di grandezza. Nella miopia l'acutezza visiva va migliorando quanto più va diminuendo il diametro pupillare. Ecco il motivo, per cui i miopi e i presbiti cercano la maggior luce, che procura loro una maggiore costrizione della pupilla.

A noi sembra, che, come ha obbjettato Landolt, altra cosa sia la pupilla naturale, e altra la pupilla artificiale con la quale ha sperimentato Bertrand. Non si può parlare di variazioni pupillari, senza tener conto di quelle che avvengono contemporaneamente nel muscolo di accomodazione, quantunque nella valutazione del grado della refrazione s'intenda compresa anche questa funzione e quantunque fino a un certo punto le variazioni pupillari possano considerarsi in diretti rapporti con essa. Nei vecchi poi va tenuto conto anche della diminuzione fisiologica della acutezza visiva, in relazione coll'età.

Bravais. — *Simulazione di amaurosi unilaterale. — Nuova forma data alla prova di Snellen coi vetri colorati.*

Posto il principio fondamentale, che un occhio sano non può vedere lettere scritte con matita rossa, se è stato prima coperto con vetro rosso, si sorprende nella simulazione chi vuol fingere una cecità unilaterale, quando costui riesce a decifrare quelle lettere rosse, mentre il

vetro rosso fa da schermo opaco innanzi l'occhio sano. Variando le prove e rispettivamente i colori si può, seduta stante, trarre il simulatore in maggiori contraddizioni.

MOTAIS. — *Ricerche sui muscoli dell'occhio e sulla capsula di Tenon nell'uomo e negli animali.*

È un lavoro minuto e sottile di anatomia e fisiologia comparata dell'apparecchio motore dell'occhio, che non può essere riassunto in breve e che comprende lo studio delle inserzioni dei muscoli retti e obbliqui dell'occhio, delle loro espansioni muscolari e fibrose e della capsula di Tenon nelle sue tre parti costituenti principali, cioè a dire: capsula bulbare o foglietto interno; diaframma capsulare, attraversato dai muscoli retti; e foglietto interno o intermuscolare, che lega tra loro le guaine dei muscoli. Dal punto di vista fisiologico, che potrebbe avere una certa influenza nel modo di praticare la strabotomia, l'Autore sarebbe giunto alla conclusione, che un muscolo cinto dalla sua guaina e posto nelle sue normali condizioni ha una risultante azione meno potente, di quando venga isolato artificialmente dal diaframma e dai fasci fibrosi, che rappresentano un coefficiente moderatore di quella azione.

DEHENNE. — *Influenza delle condizioni generali dell'organismo sui cattivi risultati di certe operazioni di cataratta.*

In un individuo affetto da cirrosi epatica con ascite la estrazione della cataratta, fatta con tutte le precauzioni possibili, fu prontamente seguita dalla suppurazione dell'occhio operato: dopo qualche tempo fu con buon successo estratta la cataratta anche dall'altro occhio, ma al termine di tre mesi una identica suppurazione si manifestò pure da questo lato e l'occhio è andato perduto. I germi d'infezione sono dunque derivati dall'interno organismo.

È agevole cosa ammettere questa influenza delle condizioni generali dell'organismo, per poco che si pensi ai molti casi di panoftalmite metastatica, che si osservano, per esempio, per tiroiditi suppurate, per empiema toracico, per cistite settica, ecc., e ciò non solo in occhi operati, ma pure in occhi che non hanno subìto operazioni di sorta.

MONOYER. — *Sulla teoria dei sistemi diottrici.*

Esposizione di una nuova teoria dei sistemi diottrici, con l'ajuto della quale i problemi omonimi i più ardui sono risoluti facilmente col mezzo di una semplice equazione di 2.° grado.

PAMARD. — *Su un nuovo processo di iridectomia.*

Il qual nuovo processo, così come viene dato dal rendiconto, non sarebbe altrimenti diverso da quello generalmente adottato per l'escisione di un lembo irideo.

GAYET. — *Della percezione dei raggi ultra-violetti negli operati di cataratta.*

L'Autore insieme con Chardonnet ha confermata negli operati di cataratta la teoria di quest'ultimo, il quale, in una nota presentata alla Accademia delle Scienze, aveva dimostrato sperimentalmente la proprietà che ha il cristallino dell'occhio di assorbire i raggi ultra-violetti.

H. PAGENSTECHER. — **Contributions to the etiology And treatment of orbital cellulitis.** (*Contributo alla etiologia e alla cura della cellulite orbitale*). In: *Archives of Ophthalmology*. Vol. XIII, N. 1, 1884.

L'Autore ha sempre ritenuto che una cellulite orbitale primitiva sia per lo meno accidente rarissimo a verificarsi. Se si porrà bene attenzione, ei dice, si troverà che un tal male è dovuto quasi sempre a diffusione di processo infiammatorio, che ha la sua primitiva sede nelle regioni vicine. In un primo caso osservato infatti scoperse che da anni esisteva un seno fistoloso comunicante coll'antro mascellare. Il cronico processo infiammatorio aveva quivi molto probabilmente ingenerata la cellulite orbitale. Due nuovi casi di questa affezione, occorsi in progresso di tempo all'Autore, avevano loro origine da una primitiva carie dentaria. Per la via dei linfatici il processo infiammatorio s' era trapiantato nell'orbita. In un ultimo caso la cellulite era stata suscitata evidentemente da periostite sifilitica dell'orbita stessa.

Conoscendosi le cause, riesce più razionale e facile il metodo curativo, che non potrebbe essere diretto, ove si perseverasse a credere la cellulite di origine primitiva.

Il referente non può lasciare questo argomento, senza avere fatto un succinto accenno a un caso singolare di sua osservazione, che appunto si riferisce alla cellulite orbitale sintomatica. Trattasi di un signore di Ovada, che fu già veduto dallo scrivente in sul principio del corrente anno, all'Ambulatorio oculistico di Pavia.

Raccontava il paziente di veder doppio tratto tratto, massime allorquando si soffiava il naso e di udire, durante quest'atto, come un fischio nel profondo dell'orbita sinistra. Contemporaneamente il bulbo dell'istesso lato riceveva come una spinta all'innanzi e il paziente correva colla mano come a esercitarvi sopra una contropressione. Nel far che udiva un nuovo fischio; l'occhio s'accomodava come prima nell' orbita e la diplopia scompariva. Facendo turare narici e bocca all' ammalato e facendogli fare un forte atto espiratorio, io stesso assistei al prodursi dell'esoftalmo, che tosto si ridusse spontaneamente, facendo udire il fischio accennato più sopra. Rividi or non è molto il paziente, il quale aveva i segni manifesti della cellulite orbitale. Come non pensare in questo caso, visto anche dal prof. Scarenzio, che per una comunicazione morbosa avvenuta tra la fossa nasale e l' orbita si fosse

diffuso il cronico processo di infiammazione della schneideriana (di che soffriva il paziente da qualche anno) alla cavità orbitaria?

Knapp. — **Blindness from thrombosis of the retinal vessels in facial erysipelas.** (*Della cecità che segue alla trombosi dei vasi retinici nella risipola della faccia*). In: *Archives of Ophthalmology.* Vol. XIII, N. 1, 1884.

Articolo interessante, nel quale l'Autore riassume da prima la letteratura ottalmologica relativa all'argomento, poi espone considerazioni utili a conoscersi.

Una infiltrazione purulenta, secondaria a risipola facciale diffusa per il cellulare sottocutaneo, quindi per l'orbita, può in due modi influire sinistramente sull'organo della visione; sia colla compressione cioè, sia col suscitare fenomeni di infiammazione: neurite, neuro-retinite, trombo-flebite, meningo-encefalite.

Agevolmente si comprende quello che deve accadere in seguito alla compressione esercitata dall'infiltrato, quando questa raggiunge un certo grado. L'arteria centrale della retina non lascia più passare che una piccola quantità di sangue o punto affatto; la vena pure risente della compressione. Ma il sangue refluo frattanto stagna nei capillari e apoplessie venose non tardano a farsi. La migrazione dei globuli rossi del sangue può anche manifestarsi per semplice diapedesi. Se la compressione subita dal nervo ottico va diminuendo, allora il sangue arterioso può nuovamente affluire alla retina, ma nelle vene congeste e sfiancate ciò può essere causa di nuove emorragie.

L'osservazione oftalmoscopica interna rivela appunto questi stati di ischemia arteriosa, di congestione venosa e di emorragia. Dalla stasi sanguigna, alla alterazione delle pareti vasali, alla coagulazione del sangue e alla organizzazione del trombo il cammino è breve. Il tessuto connettivo nuovamente formato ottura i vasi e l'elemento nervoso va distrutto. Contemporaneamente fenomeni di infiammazione ponno mostrarsi nella retina. Tuttavia sono rari accidenti e transitorj la neuro-retinite e la peri-angioite.

Se la compressione è incompleta, se solo l'arteria o veramente l'arteria e la vena insieme vengono compresse, allora le emorragie non succedono. Nell'embolo della arteria centrale le emorragie sono rare e insignificanti; nell'embolo di una sola branca di questa arteria, ponno essere invece assai diffuse. Nella trombosi della vena centrale può occorrere la emorragia in taluni casi e in altri no: il ritardo della corrente sanguigna e la stasi darà insorgenza a peri-vascolite, ad arterite e a flebite, conducenti a formazione e ad organizzazione di trombi.

Nel caso, che l'Autore descrive, a questo risultato si giunse senza che fossero palesi fenomeni di infiammazione delle tonache vascolari. Forse venne rintracciata qualche nota ottalmoscopica di perivascolite. L'amaurosi fu completa da ambidue gli occhi. L'Autore stesso però, mentre

crede che in parecchi casi di risipola del volto la consecutiva amaurosi unilaterale o bilaterale può avere una origine analoga a quella, che nel caso suo osservò (cioè a dire trombosi, ipergenesi di connettivo delle pareti interne dei vasi, sclerosi, chiusura completa del lume di questi, ecc., senza traccie quasi di infiammazione nella retina), riconosce che una grandissima importanza è da assegnare alla trombo-flebite e alla suppurazione del tessuto orbitale, che può diffondersi al cervello.

Ancora non sarebbe bene comprovato, che il processo morboso nella resipola, di cui è qui parola, sia ingenerato [o vero modificato dalla presenza di microrganismi.

La prognosi è riserbata sia che si tratti della vita, sia che della vista.

Sui 35 casi raccolti dall' Autore si ebbero 10 morti e 25 guarigioni: morirono 4 che ebbero la cellulite unilaterale; 6 che furono affetti da ambo i lati.

Dei 25 individui guariti circa la metà rimase cieca da un lato: dell'altra metà 4 rimasero ciechi da ambo i lati: dei rimanenti alcuni ricuperarono porzione di vista da ambidue gli occhi, altri la ricuperarono quasi tutta da uno, mentre erano bilateralmente malati; 2 essendo pure in queste condizioni e già presi da ambliopia ricuperarono la vista completa.

Segue all'importante nota clinica la completa bibliografia, che sarà indagata con vantaggio da chiunque voglia avere più diffuse notizie intorno al presente argomento.

MOOREN. — **Remarks on the development of glaucoma.** (*Annotazioni intorno la genesi del glaucoma*). In: *Archives of Ophthalmology*. Vol. XIII, N. 1, 1884.

Nella letteratura ottalmologica si trovano citati casi di glaucoma preceduti dai segni endoftalmoscopici della neurite ottica. L'Autore, per sue osservazioni, ritiene che il glaucoma acuto è sempre una complicazione di questa affezione del nervo della visione, quando ha origine centrale. (Nel caso da me descritto negli *Annali di Ottalmologia*, Anno 1882, la neurite era d'origine periferica). Anche lo stadio di atrofica degenerazione torbida della papilla ottica, con proliferazione del connettivo, è assai frequentemente complicata da glaucoma acuto, senza che ne segua lo sviluppo della caratteristica escavazione.

Il glaucoma semplice, quale fu da Donders designato, era stato prima da V. Graefe giudicato una amaurosi da atrofia del nervo ottico con escavazione glaucomatosa: in progresso di tempo furono Autori che posero sostanziali differenze tra la atrofica e la glaucomatosa escavazione ottica. Il fatto è che dall' una manifestazione si passa alla seconda a grado, a grado; senza che una netta distinzione sia possibile dal punto di vista clinico.

Importa per noi stabilire che tanto nei casi di neurite ottica. dove è

evidente l'aumento della pressione endoculare, come in quelli di semplice atrofia, dove questo aumento può mancare e pure aversi la escavazione glaucomatosa della papilla, la condizione determinante deve ricercarsi in un primitivo disordine di nutrizione del nervo ottico. Già Manthner ha indubbiata la teoria di V. Graefe, secondo cui l'aumento della pressione endoculare è la causa diretta della escavazione ottica: Mooren per sue osservazioni è pur d'avviso, che a questo proposito si debba stabilire una reale indipendenza e ciò proverebbe altresì il fatto, che il grado della escavazione glaucomatosa è assai spesso non corrispondente al grado della aumentata pressione endoculare, pur trattandosi di tipici casi di glaucoma infiammatorio. E giustamente osserva che « l'aumento della tensione stessa risulta da diminuita elasticità della sclerotica, da impedito riassorbimento dei liquidi, da disturbata filtrazione e da aumentata secrezione. » Le instillazioni di atropina ripetute, quando le cause predisponenti (esistenti in parte nel sistema vascolare, in parte nel nervoso), sieno presenti, la ereditarietà (massime nella razza ebrea, dove i matrimonj fra consanguinei son più frequenti), le paralisi o i disordini funzionali dell'asse cerebro-spinale, o più specialmente del centro vaso-motorio, sono condizioni, che vogliono essere riguardate, come atte a dare insorgenze a manifestazioni glaucomatose. E nell'istesso ordine di fatti hanno significazione grandissima le malattie generali dell'organismo, le quali influiscono direttamente sulle materiali condizioni del sistema vascolare dell'occhio, di tal guisa che le emorragie intraoculari come sono talune volte una causa di glaucoma, ne ponno essere eziandio la conseguenza.

Quanto alle influenze perniciose, che le nevralgie del quinto pajo dei nervi cranici ponno suscitare nell'occhio, queste, nell'avviso dell'Autore, non sono mai tali, che un glaucoma possa direttamente essere ingenerato. Le anomalie di circolazione endoculare esistono già e da queste voglionsi far discendere le vere cause efficienti del glaucoma: le nevralgie del 5.° ponno bene risvegliarne le manifestazioni infiammatorie.

Più diretta influenza hanno le sinecchie posteriori dell'iride, quando impediscono che l'acqueo dalla camera posteriore si versi nella anteriore e per le vie di scarico periferiche di questa se ne faccia la regolare rimutazione.

Spetta certamente a V. Graefe il merito d'aver chiamata l'attenzione sull'aumentata pressione endoculare, quale segno, sopra gli altri importanti, della affezione glaucomatosa, e d'avere, in relazione con cotesto reperto, proposta la iridectomia, che ancora considerasi a ragione quale l'unico mezzo di cura radicale. Pure non è dalla aumentata pressione endoculare, che debbonsi ripetere gli altri segni endoftalmoscopici del glaucoma, sibbene da materiali alterazioni in rapporto con primitivi disordini di circolazione.

Del Monte. — **Del glaucoma.** (*Annali di Ottalmologia,* Anno XII, Fascicoli 2.°, 4.°, 5.° e 6.°).

Eccellente monografia destinata a far parte del *Manuale di Ottalmiatria,* che l'Autore è prossimo a completare. Il lavoro è diviso in 4 parti.

Nella 1.ª sono svolte con molta erudizione le dottrine state emesse fino ai dì nostri circa la genesi e la natura del glaucoma. Analizzando le singole dottrine, l'Autore ricorda la ipotesi già da lui stesso emessa fin dal 1876 e nel 1880 riconfermata, che cioè il glaucoma debba considerarsi quale la espressione di un edema da stasi linfatica, a cui si associano di tempo in tempo fatti infiammatorj.

Nella 2.ª parte, corredata da opportune figure illustrative, intercalate nel testo, l'Autore espone il risultato delle ricerche anatomo-patologiche finora fatte su occhi affetti da glaucoma, raffrontando le altrui con le proprie.

Nella 3.ª parte, che di tutte è la più interessante, il prof. Del Monte espone la dottrina sua intorno la essenza del glaucoma e la sintomatologia di questa affezione. Quanto alla dottrina dell'Autore, si potrebbe riassumere in ciò; che il glaucoma non è altro che un *linfoedema ottalmico.* Molti sono gli argomenti addotti da Del Monte a sostegno della sua tesi, che, per quanto difficile, egli ha risoluto con una copia notevole di argomentazioni desunte dai fatti e di osservazioni sue proprie interessantissime. Noi non vogliamo dire, che la dimostrazione addotta sia perentoria: sol questo notiamo, che la nuova dottrina ha per sè moltissimi fatti in favore. Nè questo io dico ora per la prima volta. Già in questi *Annali,* discorrendo di alcune affezioni oculari dipendenti da primitivi disordini della circolazione linfatica endo e peribulbare, io esposi l'istesso concetto. Ed ora potrei aggiungere qualche cosa di più sotto il presente rapporto, ma mi riserbo a far ciò in una nuova prossima contribuzione alla storia clinica del glaucoma. Quanto alla sintomatologia di questa affezione poi, il prof. Del Monte la spiega con la sua dottrina della stasi linfatica, e ciò stesso dicasi dell'etiologia, che insieme con la cura del glaucoma, costituisce la 4.ª parte della monografia. Della quale noi abbiamo voluto far qui un cenno, solo per invogliare i pratici a prenderla in esame, come ben si merita, e a giudicarne il valore alla stregua di nuovi fatti, cui non è difficile raccogliere.

Quaglino. — **Intorno alle retiniti pigmentose.** (*Annali di Ottalmologia,* Fascicolo 5.°, 1883).

Fatta in succinto la storia clinica della degenerazione pigmentosa della retina, l'illustre Autore, fra i molti casi di sua osservazione spettanti a questa malattia, alcuni ne descrive per più di un riguardo interessanti, quindi trae le seguenti conclusioni:

« 1.° Che la retinite pigmentosa può essere gentilizia, ereditaria, congenita ed acquisita.

« 2.° Che la pellagra, l'epilessia, il reumatismo e l'abuso della vista a luce di petrolio, possono essere cause probabili di tale affezione, ma che la sifilide è una delle più accertate e frequenti.

« 3.° Che, quantunque la retinite pigmentosa si debba considerare come malattia refrattaria ad ogni trattamento, pure può essere frenata almeno per qualche tempo nel suo decorso col riposo e con opportuni sussidj terapeutici atti a vincere la sifilide, e a rimuovere il processo infiammatorio lento, che ne favorisce il decorso.

Dobbiamo qui notare come l'Autore abbia pure altre volte tra i primi richiamato l'attenzione dei pratici su primitive affezioni del fegato (specialmente la cirrosi), quali cause probabili della pigmentazione retinica e della emeralopia, che bene spesso le si accompagna. — Il referente poi potrebbe pure qui ricordare, come esso stesso, nel fascicolo 4.° degli *Annali di Ottalmologia* (1883), abbia data la storia succinta di quattro fratelli pellagrosi, che erano affetti da retinite pigmentosa.

PANAS. — **Rétinites hémorragiques.** (*Retiniti emorragiche*). In: *Recueil d'Ophtamologie*, Aprile 1884.

In una lezione clinica raccolta dal dott. Lapersonne e intesa a dimostrare la influenza delle malattie generali sull'apparecchio della visione, l'eminente ottalmologo di Parigi ha succintamente trattato il tema delle retiniti emorragiche, segni caratteristici delle quali sarebbero « in prima linea le emorragie, poi l'iperemia e l'edema della papilla, l'esistenza di placche bianche differenti per volume, per forma, per aspetto; infine, più tardi, la presenza di macchie di pigmento. »

Le emorragie, come ognun sa, si presentano nella retina diversamente a norma che trovansi nello strato delle fibre ottiche, o in quello dei granuli interni. Nel primo caso sono più salienti, più espanse, raggiate e interrompono il decorso dei vasi; nel secondo sono più circoscritte e circolari, ecc.

La papilla del nervo ottico è rigonfia, d'un color grigio-rossastro, ha i confini indefiniti e i suoi vasi appajono interrotti, varicosi: le placche bianche sono da principio attorno la macula lutea, ora d'aspetto circolare, ora raggiate, con interposizione di macchie di pigmento, se ve ne ha di antiche. Le macchie bianche recenti son dovute alla così detta alterazione gangliforme delle fibre ottiche, hanno una colorazione grigiastra, sono mal definite e salienti; quelle antiche invece sono di un colorito madreperlaceo, a bordi netti, cinte di pigmento e depresse. In questi casi trattasi di una vera sclerosi o di metamorfosi grassosa. Questo stato di regressione è pur seguito dal migrare del pigmento, che dà origine alle macchie pigmentarie. Il pigmento stesso deriva dalla coroidea o dalla melanina del sangue stravasato.

Dal punto di vista diagnostico, le apoplessie retiniche unilaterali, soprattutto dell'occhio sinistro, limitate al polo posteriore e con scotoma centrale hanno un rapporto diretto con le alterazioni cardiaco-vasco-

lari. Le discrasie esercitano prestamente la loro sinistra influenza su ambidue gli occhi. La cronica nefrite, nella grande maggioranza dei casi di retinite emorragica, è l'elemento etiologico; la gravidanza può condurre alle stesse conseguenze, quantunque quivi la prognosi sia meno grave, come pure la scarlattina, che può essere considerata origine abbastanza frequente di retinite albuminurica, alla quale non rare volte dà pure insorgenza l'avvelenamento cronico di piombo.

In questi casi di retinite albuminurica, caratterizzati dalla presenza di bianche macchie e di emorragie è duopo ricordare che altra cosa è il disordine visivo, che con queste alterazioni ha stretto rapporto, da quello che può manifestarsi per intercorrenti condizioni centrali (encefalopatie uremiche e saturnine).

La glicosuria è altra causa di emorragie retiniche, le quali tuttavolta, per rispetto alla frequenza degli accidenti oculari nel diabete zuccherino, vengono dopo la nevrite ottica e la cataratta. Non è altrettanto certo che le altre varietà di diabete possano per sè sole ingenerare quelle emorragie, alle quali invece danno insorgenza talune volte le affezioni di fegato, quelle specialmente che si accompagnano con l'ittero, la anemia perniciosa acuta e la leucemia splenica.

(In relazione con quanto ha esposto il prof. Panas, noi possiamo per nostra parte aggiungere di aver osservato inoltre: un caso di vera retinite emorragica per scorbuto e un altro caso altrettale per infezione malarica. Naturalmente non sarebbe cosa nuova il ricordare qui, che anche la infezione celtica produce uguali accidenti retinici, e se il prof. Panas continuerà nell'argomento noi ne terremo informati i nostri lettori. R.).

Aguilar Blanch. — **Quelques remarques sur l'héméralopie.** (*Alcune osservazioni sull'emeralopia*). In: *Recueil d'Ophtalmologie*, Marzo 1884.

Non è già dell'emeralopia, epifenomeno della retinite pigmentosa, che l'Autore intende parlare; sibbene di quella così detta idiopatica, ch'ei considera quale una nevrosi dell'apparato visivo. Circa la genesi del male, tutte le condizioni generali di debolezza dell'organismo costituiscono le cause predisponenti e ciò è da gran tempo risaputo: condizione efficiente, o determinante, sarebbe per l'Autore la esagerata funzione visiva, alla quale però aveva già innanzi accennato il Wecker. Quanto alla fisio-patologia dell'emeralopia, è d'avviso il dott. Aguilar che si debba ricercare « l'origine immediata della emeralopia in un disturbo quantitativo della porpora visiva di Boll, o eritropsina di Kühne. » — Noi non vogliamo accennare qui alle speciose ragioni, con le quali l'Autore vorrebbe dimostrare il suo asserto: diremo sol questo, che le nostre osservazioni tendono a confermare sempre più, che precipuo fondamento della emeralopia è l'edema retinico e che nella gran maggioranza dei casi non si tratta semplicemente di una nevrosi. —

Tuttavolta, trattandosi di una affezione visiva intorno alla genesi della quale ancora si discute, ho creduto conveniente accennare anche al giudizio dell'Autore, il quale, a sostegno della sua tesi, cita un caso di emeralopia primitiva guarito con la applicazione della elettricità indotta.

MENGIN. — **De l'iridectomie dans l'opération de la cataracte sénile — ses indications.** (*Dell' iridectomia nell' operarione della cataratta senile — sue indicazioni*). In: *Recueil d'Ophtalmologie*. Febbrajo 1884.

L'iridectomia, non ostante le variazioni introdotte nel metodo di estrazione della cataratta, ha pur sempre speciali indicazioni in questo atto operativo tanto delicato. Si sono mosse molte critiche alla iridectomia, considerata quale complemento alla estrazione della cataratta, accusandola di essere causa successivamente di ambliopia e di fotofobia; di astigmatismo; di deformità pupillare; di rendere più lunga e difficile l'operazione; di ingenerare emorragie nella camera anteriore e di esporre a procidenze capsulari. L' Autore dimostra come sieno esagerati gli inconvenienti attribuiti alla iridectomia e come si possono agevolmente combattere. Quando le vere indicazioni di questo atto sussidiario all'estrazione della cataratta esistono, noi dobbiamo aver riguardo al miglior modo di assicurare il successo e non ai lievi accidenti, a cui la iridectomia può dar luogo, accidenti che d'altronde scompajono dinanzi ai molti vantaggi che può arrecare. — Quali sono dunque queste indicazioni? Sono, secondo l'avviso dell'Autore, le seguenti: 1.° le aderenze iridee; 2.° la inerzia pupillare; 3.° le cataratte caseose voluminose; 4.° le cataratte non completamente mature; 5.° quelle capsulo-lenticolari e 6.° quelle che s'osservano in individui reumatizzanti.

Dimostrata la convenienza della iridectomia nei casi di estrazione della cataratta, nei quali tali circostanze sono presenti, il dott. Mengin esamina ancora il valore terapeutico della iridectomia preparatoria, e, riconosciuto che indicazioni speciali ponno occorrere, nelle quali la iridectomia stessa può veramente riuscir premunitoria, la consiglia: 1.° quando gli occhi catarattosi sono contemporaneamente affetti da sinchisi del vitreo; 2.° quando un occhio andò già perduto; 3.° quando diverse condizioni sono presenti, che fanno temere del risultato operatorio; 4.° quando si voglia affrettare la maturazione delle cataratte a decorso lento.

Partigiani della iridectomia preparatoria, in taluni casi, alla estrazione della cataratta, noi abbiamo già tentato di dimostrarne la convenienza in una breve pubblicazione inserita negli *Annali di Ottalmologia* fin dal 1881 e da quell'epoca abbiamo operato con tale modificazione una cinquantina circa di occhi con risultato soddisfacente, come con statistiche comparative potremmo nuovamente dimostrare.

STEINHEIM. — **Contribution à l'étude de l'erythropsie.** (*Contributo allo studio dell'eritropsia*). In: *Recueil d'Ophtalmologie*, aprile 1884 e in *Centralblatt f. prakt. Augenh.* febbraio 1884.

L'Autore riporta in succinto la storia di due individui, i quali, operati di estrazione di cataratta con felice successo, ebbero, subito appresso alla rimozione del cristallino opacato, quel fenomeno della visione rossa (eritropsia), che già Galezowski fin dal 1879 aveva segnalato in altrettali circostanze. Il dott. Steinheim, per togliere quella molesta visione, diede del bromuro di potassio; pure non sa se un tal mezzo di cura abbia contribuito, o no, a far cessare il fenomeno. Istessamente non sa dare nemmen lui una spiegazione di questo.

(Io qui trovo opportuno di ricordare come la visione rossa possa talora manifestarsi anche in chi ha occhi sanissimi e non ha subito operazioni di sorta: sembra che in questi casi il fatto dipenda da una sovreccitabilità della retina. L'Emery, nei Transunti dell'Accademia dei Lincei ha per primo fatto parola di un tal fenomeno, il quale però a differenza che negli operati di cataratta, è prestamente fugace, nè si manifesta in guisa, che tutti gli oggetti sembrino tinti in rosso. È la scrittura nera su fondo bianco, che appare rossa. E io ho trovato, che il fenomeno non è così raro come si potrebbe credere e che in taluni, questo rosso, che tinge i caratteri neri in speciali circostanze, passa rapidamente dando luogo al verde, color complementare, sicchè è veramente da credere che l'elemento nervoso, e non il vascolare, sia causa efficiente del fenomeno. R.).

NIEDEN e SCHMIDT-RIMPLER. — **Zur Lage des Sehcentrums beim Menschen.** (*Sulla localizzazione del centro visivo dell'uomo*). *Ibidem.*

Espose Nieden al medesimo Congresso di Heidelberga a cui si riferisce l'antecedente rapporto, la storia clinica di una ragazza di 21 anno, la quale, in seguito a caduta sull'occipite, era stata incolta da fenomeni cerebrali e da emiplegia destra. Nessun fenomeno visivo s'era manifestato e in progresso di tempo era stata fatta diagnosi di ascesso sotto la dura madre nel sito della lesione. Per dar esito al pus, quindi per toglier di mezzo la compressione argomentata, la regione offesa fu trapanata, ma dell'ascesso non si trovò traccia. Invece erano presenti le note della pachi-meningite. In seguito la paziente però andò migliorando, scomparve la emiplegia e rimase una *emianopsia* temporale destra, non comprendente però la macula lutea.

Schmidt-Rimpler comunicò allo stesso Congresso in assai succinto modo, 1.º il caso di un uomo, il quale, in seguito a sofferta frattura dell'occipitale, lato destro, e a perdita di sostanza cerebrale per ernia secondaria a fatta resezione, ebbe una laterale sinistra emianopsia, con acutezza visiva normale; 2.º un altro simigliante caso, nel quale per un ascesso cerebrale susseguito a frattura cranica andavano perdute le superiori parti del destro lobo occipitale. In progresso di tempo, quando

fu possibile fare un esame oculare, si trovò dal destro lato una emianopsia nasale.

In entrambi questi casi non fu annotato, come in quello di Nieden, il reperto di una emiplegia.

C. von Monakow. — **Des centres d'origine des nerfs optiques et des leur rélation avec l'écorce cérébrale.** (*Dei centri d'origine dei nervi ottici e loro relazione colla superficie cerebrale*). In: *Revue générale d'Ophtalmologie*. gennaio 1884.

A complemento della significazione scientifica dei surriferiti casi clinici di Nieden e Schmidt-Rimpler, riguardanti la sede del centro visivo, riportiamo qui il riassunto di un lavoro interessante di anatomia quale fu sopra enunciato.

« Monakow ha fatto numerosi sperimenti su conigli e su gatti, a cui aggiunge due casi morbosi osservati sull'uomo e ne trae le seguenti conclusioni:

« 1.ª Nel coniglio e nel gatto l'origine delle fibre del nervo ottico non si trova d'un modo certo che nel corpo genicolato esterno, nelle eminenze *nates* e nel pulvinare. Nel corpo genicolato esterno e nel pulvinare le fibre ottiche provengono dalla *sostanza bigia fondamentale;* da questa stessa sostanza, come pure dalle cellule ganglionari dello *strato superficiale* provengono per le eminenze quadrigemine anteriori.

« 2.° La corteccia del lobo occipitale (nel coniglio gli strati 3.° e 5.°) manda fibre al corpo genicolato esterno, al pulvinare e alle eminenze *nates*: queste fibre comunicano direttamente colle cellule ganglionari nei due primi organi, ma non se ne conosce ancora la loro unione con la sostanza grigia delle eminenze.

« 3.° La integrità del nervo ottico dipende dalla integrità delle cellule del corpo genicolato esterno, del pulvinare, e, in oltre, dalla corteccia del lobo occipitale (3.° e 5.° strato nel coniglio). »

Queste conclusioni sono in rapporto perfetto con le osservazioni raccolte nell'uomo: in quest'ultimo la zona visiva del lobo occipitale è sita in vicinanza del cuneo, e probabilmente sulla 1.ª e 2.ª circonvoluzione mediana del lobo occipitale. (Referente questo lavoro è il Dor di Lione: se ne troverà l'originale negli « Archives des sciences physiques et naturelles di Ginevra, » 15 ottobre 1883).

W. Uthoft. — **Bericht über ophthalmoscopische Untersuchungen bei Geisterkranken.** (*Ottalmoscopia negli alienati*). In: *Bericht über die Fünfzehnte Versam. d. Ophth. Gesellsch.* Heidelberg, 1883.

Esposti in modo sobrio e opportuno i modi seguiti e le cautele usate, perchè i reperti fossero più possibilmente consoni al vero, l'Autore narra di aver praticate le sue osservazioni su ben 542 malati così distinti: 170 casi di frenosi (alterazioni funzionali); 150 di paralisi pro-

gressiva degli alienati; 135 di alcoolismo; 56 di epilessia e 31 di materiali lesioni a focolai del cervello e del midollo.

Psicosi. — (Pazzia morale, isteria, melanconia, ipocondriasi, mania, demenza, ecc.) dei 170 casi indagati ne furono trovati 17, cioè a dire 10 0[0 con reperti morbosi, e questi furono: lieve diffusa torbidezza della retina e della papilla, 11 volte; abnorme pallore della papilla 3 volte, iperemia papillare 2 volte, emorragia retinica 1 volta.

Paralisi progressiva. — Dei 150 individui esaminati 75 (50 0[0) diedero reperti morbosi. Fra questi più frequenti fu trovata la torbidezza retinica o peripapillare o periferica diffusa, talora con emorragie. Negli ultimi gradi della demenza con paralisi fu trovata abbastanza frequente l'iperemia della papilla ottica; una lieve neurite si rinvenne in 6 casi; l'atrofia ottica progressiva in 13 casi; in altri 8 la stessa atrofia era appena iniziata. Una notevole iperemia della papilla, senza torbidezza manifesta fu veduta 3 volte; una sola la emorragia retinica e 2 la dilatazione arteriosa. Nella metà circa dei casi con tali reperti morbosi manca la reazione delle pupille alla luce; nell'altra metà invece si ebbe questa assenza soltanto 4 volte. Sintomo diagnostico prezioso per la demenza paralitica è questa mancanza di reazione più che non la ineguaglianza stessa pupillare, secondo l'avviso dell'Autore, al quale però non sembra che sia alcun nesso tra quel fatto e la qualità della affezione, di cui qui si parla.

Alcoolismo. — Furono annotati 55 volte (41 0[0) reperti ottalmoscopici morbosi. Occupa il primo posto in questa forma la diffusa uniforme torbidezza retinica e papillare, e questo reperto, numericamente, è pari a quello annotato nella paralisi progressiva: più rara è quivi la iperemia della papilla ottica. Il riflesso patologico, leggermente bigio della retina è uniforme, qual si disse, e l'Autore lo ha osservato solo in 2 casi alquanto più intenso in vicinanza della papilla.

In seconda linea viene quale reperto patologico importante una parziale atrofia della papilla, limitata cioè al segmento temporale, nel rapporto del 15 0[0. Questa condizione è speciale dell'alcoolismo cronico, come si sa: l'Autore nota però che non coincide affatto coi fenomeni della ambliopia, perchè soltanto 5 volte, nei 135 malati indagati, fu trovata la ambliopia con scotoma centrale e 3 soli individui con questa alterazione appartenevano a quei 15 su notati, che avevano lo scoloramento temporale della papilla. In 2 casi una alterazione neuritica lieve fu potuta dimostrare; in 5 iperemia papillare, in 2 di questi torbidezza retinica.

Epilessia. — Il 12 1[2 0[0 soltanto diè in questa forma reperti ottalmoscopici morbosi. Dei 56 epilettici esaminati cioè, 2 avevan lieve neurite ottica, 2 pallore abnorme della papilla, 1 iperemia di questa e 2 diffusa torbidezza retino-papillare.

Malattie a focolai. — Sopra 31 casi, ben 20 diedero manifeste condizioni morbose nel fondo oculare, (64 0[0). Più frequente fu la neurite

ottica (8 volte); poi vennero in egual proporzione (3 volte) la stasi e la atrofia della papilla; quando le emorragie retiniche (2 volte); l'emianopsia (pur due volte), ecc. Di quei 31 casi vennero 15 alla tavola anatomica per sifilide cerebrale, encefalite, tabe dorsale, ecc. Mancò 6 volte la reazione pupillare.

L. A. Chauzeix. — **Le Jequirity.** (*Il Jequirity*). Parigi 1884.

È un volume di 121 pagine, che l'Autore consacra al nuovo medicamento. Il lavoro è distinto in 2 parti: nella 1.ª il Jequirity è trattato dal punto di vista botanico e chimico, poi da quello storico. Segue una succinta relazione intorno al modo, come vuol essere usato il medicamento, con alcune variazioni introdotte a questo riguardo nella Clinica di v. Wecker recentemente. E nella stessa prima parte tengono dietro le indicazioni speciali del rimedio, gli effetti che se ne ottengono sulle granulazioni, sul panno, sulle ulcere ed ascessi corneali, quindi i sintomi, il decorso, la durata e le complicazioni della ottalmia jequiritica L'Autore ha un capitolo interessante nel quale è fatta la storia dei risultati ottenuti dai diversi sperimentatori, che nella grande maggioranza sono favorevoli all'azione terapeutica del Jequirity, poi chiude la 1.ª parte col riassumere le conclusioni alle quali son venuti molti di quegli sperimentatori stessi, massime Sattler, Cornil e Berlioz, circa il modo di dispiegarsi di quella azione medicamentosa.

Nella 2.ª parte del lavoro sono annotate 50 osservazioni di granulazioni congiuntivali semplici e miste, di congiuntivite purulenta cronica, di cheratiti scrofolose vascolari, di ulcere e ascessi della cornea, nelle quali affezioni fu metodicamente impiegato il jequirity. Le osservazioni stesse vennero raccolte nella Clinica del prof. v. Wecker, autore di cose ottalmologiche di non sospetta autorità e primo sperimentatore dell'efficacia terapeutica del jequirity. Il lavoro reca infine le conclusioni, alle quali l'Autore è giunto e che noi qui riportiamo. Esse sono:

« 1.° Il jequirity, applicato in lozioni sulla congiuntiva, provoca, nelle 24 ore, una ottalmia purulenta di natura cruposa.

« 2.° L'ottalmia artificiale così ottenuta è in rapporto col grado di concentrazione della macerazione jequiritica e col numero delle lozioni: se ne può quindi a piacimento dosare la intensità.

« 3.° Ogni fenomeno d'infiammazione scompare da sè nel lasso di 8 a 15 giorni, senza pericolo alcuno per la cornea.

« 4.° L'ottalmia jequiritica è tutta speciale e si differenzia nettamente e per il suo decorso e per i suoi sintomi da ogni altra infiammazione, sia traumatica, sia prodotta dai vescicatorii, dai caustici e da altri agenti chimici.

« 5.° Il jequirity guarisce rapidamente il vero tracoma e il panno che l'accompagna.

« 6.° S'usa altresì con successo nella cura del panno scrofoloso, degli ascessi e delle ulcere della cornea dell'istessa natura.

« 7.° Il jequirity non deve essere usato contro la ipertrofia papillare che accompagna l'ottalmia purulenta cronica, nè contro la congiuntivite follicolare, perchè, per queste affezioni, è sempre impotente e talora anche nocivo.

« 8.° Ai microrganismi in esso contenuti, a un bacterio d' un genere speciale e non a un principio chimico, deve la macerazione jequiritica le sue notevoli proprietà e la sua efficacia terapeutica. »

HIPPEL. — **De l'ophtalmie jéquiritique.** (*Dell' ottalmia jequiritica*). In: *Recueil d'Ophtalmologie*, aprile 1884.

In una serie di sperimenti, intesi a dimostrare qual sia il valore terapeutico del jequirity, l'Autore ha trovato: che i grani di questo medicamento agiscono istessamente sieno o no decorticati; che la macerazione all' 1 0[0] agisce già fortemente sulla congiuntiva del coniglio, mentre nulla fa su quella dell'uomo; che la intensità della infiammazione prodotta non pare essere proporzionata alla concentrazione della macerazione stessa; che la temperatura dell' ambiente, nel quale preparasi la così detta soluzione jequiritica non ha apprezzabile influenza sulla efficacia di questa; che al contrario agisce la durata della macerazione, fino a un certo punto; inoltre la data che questa ha, quando siasi usata, nel prepararla, acqua distillata. Dopo cinque settimane la potenza del macerato si è indebolita; dopo due mesi la caratteristica congiuntivite più non si osserva. Al contrario il preparato jequiritico fenicato o salicilato conserva la sua attività per mesi interi. Non importa il modo di applicazione: pare che più [illegible] la congiuntiva quanto più a lungo le si è lasciato a contatto il medicamento, ovvero quanto maggiori applicazioni furon fatte. [illegible] quanto più è molle e iperemica la mucosa; [illegible] la sclerosi.

Nel coniglio la reazione [illegible] la necrosi delle palpebre, la [illegible] dell'occhio.

L' Autore non s'accorda con [illegible] che il jequirity sia affatto innocuo per la cornea [illegible] come la cornea possa [illegible] quiritica dei tracoma. [illegible] ponno guarirlo. Nella forma [illegible] il jequirity non serve a nulla; giova invece [illegible] neale cronico, ancor quando [illegible] (1).

Infine il dott. Hippel [illegible]

---

(1) A questo proposito il [illegible] risultato della discussione fatta [illegible] riportato.

ottalmia jequiritica, vale a dire non crede allo sviluppo di un bacillo speciale, a cui sarebbe dovuta l'attività della macerazione jequiritica.

E conclude, che la ottalmia è dovuta a una sostanza chimica o a un fermento, che, messo in contatto colla congiuntiva, vi provoca una violenta infiammazione.

Dujardin. — **De l'emploi du sublimé dans l'ophtalmie granuleuse.** (*Dell'uso del sublimato nelle ottalmie granulose*). In: *Recueil d'Ophtalmologie,* Gennajo 1884.

L'idea di servirsi del sublimato corrosivo nella cura delle granulazioni della congiuntiva non è nuova. L'attestano l'acqua così detta fagedenica, il collirio di Corradi, dove il sale figura da agente terapeutico principale. Il Mackenzie, se non erriamo, consigliava lo stesso rimedio anche in ottalmie, che non erano le sole granulose. Le recenti dottrine, le quali a molte ottalmie, la granulosa compresa, attribuiscono una natura parassitaria hanno fatto rivivere il medicamento, di cui qui parlasi, e il Sattler, nel Congresso oculistico tenutosi in Heidelberg nel 1883, ne ha consigliato già l'uso nella blennorrea della congiuntiva, nel tracoma, nelle malattie del sacco lagrimale, ecc.

L'efficacia antisettica del sublimato è superiore a quella dell'acido borico, del jodoformio e della resorcina, che hanno tentato di prendere il posto dell'acido fenico; e già oculisti parecchi danno interessanti contributi clinici, in prova dell'eccellenza curativa del bicloruro di mercurio. Tra questi è il dott. Dujardin di Lilla. Ecco la formola della quale egli si serve: sublimato 1 grammo, alcool 10 gr., acqua distillata 240 gr. Applicato sulla congiuntiva il rimedio in questa dose, vi suscita una irritazione manifesta e, fino a un certo punto, l'azione va considerata non semplicemente antisettica, ma anche caustica.

L'Autore, tra le molte sue osservazioni, sceglie e descrive in succinto alcune, che più delle altre dimostrano i benefici effetti del medicamento, che vien applicato con pennello intriso nella soluzione, come si fa col nitrato di argento e che non suscita gravi dolori. È bene notare che questa azione benefica è più manifesta nelle granulazioni antiche, che non sulle recenti, precisamente come par assodato che avvenga col jequirity.

Abadie. — **Traitement de la Kératite interstitielle grave par les injections sous-cutanées de bichlorure de mercure.** (*Cura della cheratite interstiziale grave, mediante le injezioni sottocutanee di bicloruro di mercurio*). In: *Annales d'Oculistique,* pag. 145, 1884.

La cheratite parenchimatosa, come ognun sa, vuol essere considerata, dopo i lavori magistrali di Hutchinson, quale una manifestazione di sifilide ereditaria nel maggior numero dei casi: ha un decorso lento e per lo più suol risolversi completamente sia per effetto della cura, sia spontaneamente. In un lavoro precedente (*Union Médicale*, 1880)

l'Autore ha tuttavia segnalati casi di cheratite di questa natura, che a lungo andare lasciano durevoli alterazioni di struttura nella cornea, con corrispondenti danni della facoltà visiva. E Hutchinson stesso ha anzi riferito il caso di un individuo, nel quale le cornee restarono affatto opache. Or avviene che le consuete cure con le frizioni mercuriali e col joduro di potassio rimangano inefficaci talune volte, nelle quali pur converrebbe far presto. Considerando perciò l'Autore come le injezioni di sublimato di mercurio riescano giovevoli in più d'un caso di accidenti tardivi sifilitici e come fra questi si possa annoverare la cheratite interstiziale, di cui è parola, si è volto a queste injezioni stesse e ha potuto convincersi che esse rappresentano in casi di tal natura un progresso terapeutico reale.

Ecco la formola: bicloruro di Hg. 1 grammo, cloruro di sodio 2 gr. acqua distillata 100 gr. Dieci goccie di questa soluzione contengono 5 milligrammi del sale e bastano per una injezione. Dopo 10 injezioni praticate al dorso, una al giorno, l'ammalato è lasciato in riposo per 8 giorni. Nell'istesso modo e col medesimo intervallo si praticano fino a 30 injezioni. Gli accidenti locali e generali, che ponno tener dietro, sono trascurabili ed è notevole il fatto che il miglioramento delle condizioni corneali si produca talora d'un tratto appena si cessa dal fare le injezioni. Casi anche inveterati di cheratite, secondo le attestazioni dell'Autore ritraggono da un tal mezzo di cura un reale vantaggio.

R. Secondi. — **Sulla medicazione antisettica nelle operazioni di cataratta.** (*Annali di Ottalmologia.* Anno 12.° Fasc. 6.°).

È una succinta ed efficace esposizione del come si fa la medicazione antisettica nella Clinica Oculistica di Genova, singolarmente nella estrazione della cataratta, che viene praticata dall'Autore con il processo lineare modificato di V. Graefe, che veramente dirsi dovrebbe, con maggior esattezza, a piccolo lembo corneale superiore o inferiore, a norma delle condizioni, per la nota modificazione nel taglio periferico. Il prof. Secondi, notata questa circostanza, e brevemente esposto il modo suo di operare la estrazione della cataratta, dà un quadro statistico, da cui risulta che nei primi 3 anni di medicatura antisettica l'ultimo risultato operatorio non fu di molto superiore, a quello che innanzi si aveva, quantunque in realtà buonissimo. Risulta ancora dallo stesso quadro però, come le 60 estrazioni di cataratta, operate dall'egregio clinico di Genova nel 1883, hanno avute *tutte* esito immediato e l'Autore attribuisce un tal successo brillante, in molta parte almeno, alle inspersioni che egli fa della polvere di jodoformio nel sacco della congiuntiva, dopo la estrazione; inspersione che, fatta con le dovute cautele, è tollerata benissimo ed è, come il fatto lo dimostrerebbe, utilissima. E notisi che, al paragone con gli anni precenti, dei casi del 1883 parecchi non davano molte speranze di esiti lusinghieri. — L'Autore infine giudica che nuove osservazioni sieno necessarie per ben stabilire

coteste virtù delle insperaioni jodoformiche e invita i pratici a farne ulteriori sperimenti.

C. Reymond. — **Modificazione all'esame degli equilibri muscolari e leggi del rapporto tra l'accomodazione e la convergenza oculare.** (*Annali di Ottalmologia.* Anno XIII, Fasc. 2.°).

Il dott. Ferri di Novara, avendo proposto di recente un ingegnoso « nuovo stromento per misurare l'insufficienza muscolare » (astenopia), il prof. Reymond di Torino si assunse gentilmente di farne la presentazione alla R. Accademia di questa Città (21 dicembre 1883) e in tal circostanza, eruditissimo com'egli è di cose riguardanti l'ottica fisiolologica, propose la modificazione sopra riferita.

Apparecchio di Ferri e modificazione di Reymond: alla sperienza di Graefe, che prende appunto in esame gli equilibri muscolari dell'occhio e il rapporto tra l'accomodazione e la convergenza oculare, troveranno i lettori negli *Annali di Ottalmologia* (l. c.) e nel Giornale dell'*Accademia di Torino* (Fasc. 2.°, 1884) nella loro interezza, nè noi potremmo con la chiarezza dovuta darne in breve la narrazione. Ci importa però rilevare i risultati, a cui il prof. Reymond fu condotto, usando nelle sue indagini dello sperimento di Graefe modificato. Eccoli:

« 1.° Ogni sforzo di accomodamento fatto dall'occhio che fissa, provoca uno sforzo precisamente uguale di accomodamento nell'occhio eliminato dalla fissazione per mezzo del prisma: questo fatto corrisponde alla legge di Hering.

« Ricerche fatte dal mio collega dottor Gallenga, dimostrano che questa legge si effettua nei limiti dell'accomodamento relativo dell' occhio che fissa.

« 2.° Ogni sforzo di accomodamento nell' occhio che fissa si associa ad un movimento di convergenza nell'occhio eliminato (Loring).

« 3.° Ma gli sforzi fatti dall' occhio che fissa per la convergenza (senza variare l'accomodamento) non provocano sforzi di convergenza nè sforzi di accomodamento nell'occhio eliminato (nostre ricerche).

« Rimane perciò dimostrato, che la innervazione per la convergenza si effettua per l'intermediario dell'accomodamento relativo. L'accomodamento relativo è il regolatore dei movimenti associati per la convergenza reciproca degli assi visuali. »

BIBLIOGRAFIA

Index-Catalogus of the Library of the Surgeon general's Office United States Army. Authors and Subjects. Washington Government printing Office, 1830, 1881, 1882.

Quest'opera grandiosa diretta dal Colonnello Billings, il solerte compilatore dell'*Index medicus*, che si pubblica mensilmente da sei anni a Nuova York, è giunta al III volume, ma non più oltre della lettera *D*, quantunque ogni volume superi le 1000 pagine in 4.° con fitti caratteri in doppia colonna (1). E però non basteranno altri 15 o 16 volumi ed altrettanti anni perchè l'impresa sia compiuta, per indi essere ripresa con tutte quelle *Appendici*, che a mano a mano i nuovi acquisti renderanno necessarie. Ciò nondimeno non si avrà una *intera bibliografia medica*, ma solamente quel tanto che si contiene in una Biblioteca, ricca ricchissima se si vuole, non già (e come mai potrebbe non averne?) senza mancanze, interruzioni, lacune.

Il lavoro venne incominciato nel 1873, e nel 1876 venne dato fuori un fascicolo *specimen*. Furono allora fermate le massime per condurre tutta l'opera, le quali, quand'anche ci possono sembrare non del tutto giuste, non è più possibile oggi mutare. E veramente a noi sembra che il catalogo sarebbe riescito più utile e comodo se fosse stato diviso quello per *Autori* dall'altro per *materie*, e se per queste i titoli fossero stati in lingua latina anzichè nella inglese, continuando in certa guisa il grande Repertorio del Ploucquet (2). Ad ogni medico di qualsiasi paese sarebbe così stata più facile la ricerca; e que' pochi vocaboli che non avrebbero potuto farsi latini sarebbero rimasti nella lingua in cui dapprima vennero proposti e divulgati.

(1) Volume I (A.-Berlinski) pp. 126 e 888; Volume II (Berlioz-Cholas) pp. 12 e 990; Volume III (Cholecyanin-Dzondi) pp. 11 e 1020.

(2) « Literatura medica digesta, sive Repertorium Medicinae praticae, Chirurgiae atque Rei obstetricae. » Tubingae 1808, 189. Vol. I IV. (Supplemento. Ivi 1813).

Siamo pienamente d'accordo che non potendosi fare, lasciando da parte ogni altra difficoltà, per ragione di *comodo* un catalogo sistematico o scientifico, bisogna contentarsi dell'*ordine alfabetico* tanto da avere un *dizionario* che facilmente possa essere consultato, quale è appunto il suddetto *Repertorium.*

Mentre la grande Biblioteca nazionale di Parigi non ha continuata la pubblicazione del catalogo delle opere pertinenti alle scienze mediche, tanto maggior lode merita l'ardita deliberazione dell'ufficio medico del dipartimento della guerra degli Stati Uniti d' America: simili opere non s'imprendono senza dubbio che dove vi sono larghi mezzi e volontà di spenderli; ma nè anche se ne concepisce il pensiero e molto meno lo si mette ad effetto se non vi sia qualcheduno che se ne infervori, e sia capace di trasmettere il suo fervore a chi abbia potestà di far eseguire; fortunato il dott. Billings d'avere per superiore il generale Giuseppe Barnes, fortunato d'aver trovato abili e devoti cooperatori quali il dottor Roberto Fletcher, il dott. H. C. Yarrow e il dott. Giacomo R. Chadwick di Boston!

E c'è davvero quasi da smarrirsi d' animo pensando alla ingente quantità di opere mediche che ogni anno vengono alla luce. Nel 1869, notava poco fa il Dureau, quelle furono in Francia, comprese le tesi, 800; il doppio giusto nel 1882: i giornali periodici medici, che prima del 1870 erano 135, diventavano 180 alla fine del 1882 (1). Il qual fatto non è parziale, ma, in maggior o minor proporzione generale; e tutto fa credere sia piuttosto per crescere che diminuire. Intanto per confermare la cosa e mostrare ad un tempo la ricchezza del Catalogo americano, diamo le somme delle pubblicazioni registrate in que' tre volumi:

	Autori			Materie		
Volumi	Titoli	Volumi	Opuscoli	Titoli di libri	Articoli di giornali	Ritratti
I.	9,090	8,031	6,393	9,000	34,604	—
II.	12,496	4,934	9,810	11,550	37,310	—
III.	9,048	10,076	7,386	8,572	28,816	4335
Totale	30,629	23,041	23,594	29,122	100,760	4335

E per confermare con qualche esempio tutta questa copia di indicazioni, prendiamo l'articolo *Cretini* e *Cretinismo.*

(1) « Gazette médicale de Paris » 1882, p. 301.

Comprende esso le seguenti rubriche:

		Opere a sè o Estratti	Articoli inseriti
Cretinismo	in generale	49	164
»	(Giurisp. del)	—	6
»	(Patologia del)	3	16
»	sporadico	—	6

In oltre v'hanno rinvii alle voci: *Abendberg*, *Baden* (Gran Ducato di) *Cagots*, *Ecksberg*, *Goître*, *Myxoedema*.

Che nel trascrivere e stampare tanti titoli di diversissime lingue siano corsi errori, niuna meraviglia: sono sviste che tanto più facilmente accadono quanto maggiore è la parte materiale d'un lavoro, che di sua natura va per diverse mani non tutte atte ad emendare, quando già il trapasso trae con sè piuttosto il pericolo di sbaglio, che di correzioni. Ma anche vi sono errori di collocamento che non possono essere appuntati al copista, al proto od al correttore, e che invece dipendono dall'essersi soffermato al titolo del libro, che non esprimeva esattamente il contenuto, o dal non averlo bene compreso. Così nello stesso articolo *Cretinismo*, troviamo la *narrazione di un cretino* del dott. Vincenzo Calori, messa sotto la rubrica generale, mentre andava sotto la speciale di *Cretinismo sporadico*; e così pure andava sotto la speciale della *Patologia* la memoria del Tigri *sul gozzo* e *sul cretinismo anatomicamente investigati in ordine ai fatti speciali di emoliposi*. Ed a proposito di titoli male interpretati è curioso l'equivoco preso rispetto all'opera di Gian Giacomo Harder, la quale, sebbene sia una *centuria di osservazioni mediche*, venne messa sotto la voce *Bees* (Api) perchè intestata *Apiarium*! E il *qui pro quo* riesce maggiormente ridevole dappoichè subito dopo la metaforica parola è condotta al genuino significato dicendosi cosa era l'*alveare* del buon medico di Basilea: *Apiarium, observationibus medicis centuria ac physicis experimentis plurimis refertum*, ecc. Ma queste mende non iscemano il pregio dell'opera dell'ufficio medico militare di Washington; anzi vorremmo che il dato bell'esempio fosse seguito, e come meglio occorre per giovare agli studj medici, riescendo ognora più grave e difficile il sapere quanto sia stato detto e fatto su d'une speciale argomento.

BERTONI JACQUES e BERTONI MOÏSE. — **Les eaux thermales acidules salines ferrugineuses arsenicales avec lithine de Acquarossa vallée de Blenio (Suisse).** *Analyses et description.* Bellinzona, Colombi, 1884, 4.° pag. 75 con tavole (1).

Il titolo dice quanto più importa sapere di queste acque alle quali sorride un bell'avvenire, se l'andarvi vi sia fatto facile e gradito il restarvi: imperocchè oggi alle terme si domanda non solo di ristorare la salute, ma di ricreare l'animo e di rendere piacevole il vivere.

Acquarossa è distante 10 minuti dall'industre villaggio di Dongio, e vi si giunge battendo la via di Biasca, Malvaglia e Semione: è alto 470 metri e conta 600 abitanti. È in posizione pittoresca, e i dintorni porgono modo ad escursioni dove s'incontra il gajo e l'orrido, dove possono farsi comode passeggiate ovvero le ascensioni più ardite su quelle roccie scoscese, su quelle alte montagne. I ricordi storici non mancano e a 200 metri sopra di Dongio veggonsi le case dei *Cröisch* o dei *Grebels*, cioè degli ultimi pagani che si ritraevano su quegli inaccessibili dirupi, veri nidi d'avoltoj, per isfuggire alle persecuzioni e tenere salde le loro credenze. Così i nipoti degli oppressori divenivano gli oppressi, e i figli dei martiri alla loro volta martirizzavano, l'ebbrezza della vittoria facendo ognora superbi e intolleranti. Ma quanto mai tenace è la fede, o piuttosto la consuetudine! Nel villaggio di Ponto Valentino celebravansi tuttavia al principio del secolo scorso le feste di Bacco!!

L'*Acquarossa* fu già analizzata nel 1842 dal P. Ottavio Ferrario dei Fate-Bene-Fratelli, ma l'analisi sua non poteva oggi più bastare, e neppure bastava quella del prof. Schwarzenbach di Berna, il quale si limitò ad alcuni saggi per conoscere la natura dell'acqua e non di più. Invece il dott. Bertoni, assistente alla cattedra di chimica generale nell'Università di Pavia, dà un'analisi compiuta. Risulta da essa che 10,000 grammi di quell'acqua contengono:

Bicarbonato ferroso	gr.	0,3469
» di manganese	»	0,0193
» calcio	»	6,5967
Arseniato di calcio	»	0,0024
Borato di magnesia	»	0,0254
Solfato di calcio	»	11,5172
» di magnesio	»	5,0805
Cloruro di litri	»	0,0467

Meno ricche di calce rispetto a quelle di S. Barnardino, le acque di

(1) Le analisi e le descrizioni sono state fatte e pubblicate per cura del Commissario governativo Domenico Andreazzi.

cui parliamo hanno per di più l'arsenico, il manganese, la litina, l'acido borico. Riguardo alla composizione possono essere paragonate a quelle di Levico, di Rocegno, di Valdagno, ecc., e però utilissime in tutte quelle malattie nelle quali si prescrivono le acque arsenicali che contengono ancora del ferro e del manganese.

I fanghi poi sarebbero per efficacia superiori a quelli di Levico, dappoichè questi su 1000 gr. non contengono che 4 decigrammi d'arsenico, laddove che nel sedimento ocraceo dell'Acquarossa libero di qualsiasi concrezione calcare l'arsenico sta nella proporzione di gr. 2,0486 su 100, il manganese di 1,9072. La temperatura della fonte è di 26°,25, l'ambiente segnando 20°, alla temperatura di 4°,5, il peso specifico è di 1,0125.

VARIETÀ

Istruzioni pratiche del Consiglio superiore di Sanità sul colera. Roma Tip. delle Mantellate, 1884, 4.°

Ogni volta che sorge o minaccia un'epidemia saltan fuori, come i funghi nel bosco dopo estivo acquazzone, *precetti, norme, consigli* per preservarsi dal morbo e mantenersi sano ovvero per guarirne *cito, tuto et jucunde*, se per isventura colpisca.

Nè la cosa è d'oggi: fu sempre così, ed infiniti può dirsi, siano i libercoli che uscirono in occasione delle grandi pestilenze del 1576, 1630, 1656, dell'epidemia di tifo del 1817, del cholera del 1835, 1836 e 1837, e della successiva invasione del 1855 e 1856. La necessità di provvedere alla pubblica salute, l'ansiosa sollecitudine (che risponde a naturale sentimento) di attendere alla propria conservazione, danno ragione di tanta virtù prolifica, alla quale del resto è facile Lucina da una parte la paura, dall'altra la cupidigia, chè per far guadagno niuna occasione è più propizia dei momenti in cui le moltitudini sono agitate da alcuna forte passione, e più ancora se pavide e angustiate dalla paura. Nondimeno le *pubblicazioni colerose* non saranno possiamo esserne sicuri, questa voltà sì copiose quanto le altre: e le ragioni sono parecchie, ma certo la principalissima è questa che oramai, tra medici e popolo, niuno più v'ha che metta in dubbio che il colera sia malattia *importabile*. Si potrà discutere come e per mezzo di che si trasmetta, ma niuno negherà la trasmissione dal malato al sano, diretta o indiretta che ne sia la via. E però i suggerimenti avendo un campo prefinito, non possono moltiplicarsi come quando si stendeva innanzi l'orizzonte sconfinato delle ipotesi.

E volendo pur dare un saggio di sì fatte pubblicazioni prescegliamo le *Istruzioni pratiche* raccomandate dal *Consiglio superiore di Sanità*, le quali sono appunto quelle che qui seguono:

Provvedimenti pubblici preventivi.

1.° Nelle occasioni in cui sovrasta il pericolo di un' invasione colerica, la vigilanza pubblica deve procurare più che mai la maggior possibile salubrità degli alimenti e delle acque potabili, quella dei luoghi e quella dell'aria, come è disposto nel Regolamento sanitario 6 settembre 1874, e nei Regolamenti comunali d'igiene, dei quali i sindaci devono esigere la più rigorosa osservanza, a scanso della gravissima responsabilità che essi assumerebbero innanzi ai propri amministrati ed all'intiero paese.

2.° Cura particolare deve essere quella di far rimuovere tutte le cause d'insalubrità esistenti, e specialmente ogni conosciuta o temuta comunicazione fra i pozzi neri e le acque potabili, essendo della massima importanza l'impedire, in queste ultime, qualunque infiltrazione di materie fecali, o comunque corrotte.

Cautele da raccomandarsi ai privati, allò scopo di prevenire il male.

3.° Contemporaneamente, per togliere o diminuire la predisposizione al morbo, e le cagioni che ne favoriscono lo sviluppo, è da raccomandarsi ai privati:

a) Di evitare qualunque intemperanza nell'uso dei cibi e delle bevande, di quelli soprattutto che più possono disordinare le funzioni dello stomaco e degl'intestini. Fra le bevande occupano un posto principale il vino ed i liquori spiritosi.

b) Di evitare ogni eccesso valevole a prostrare le forze dell' organismo.

c) Di mantenere la maggiore possibile tranquillità dello spirito, ed evitare i violenti commovimenti morali.

d) Di evitare le veglie protratte, le cause di raffreddamento e i rapidi o prolungati abbassamenti di temperatura.

e) Di evitare gli affollamenti e le radunanze di molte persone.

Cautele valevoli ad impedire la diffusione del morbo appena comparso.

4.° Per contenere il morbo al suo apparire, ed impedirne la diffusione, fa mestieri impossessarsi, in certa guisa, dei primi casi, isolare intieramente gl'infetti, impedire qualsiasi loro comunicazione o delle robe loro, colla popolazione. Tale isolamento può esser fatto tanto nei domicilii privati, quanto in appositi ospedali.

5.° A questo scopo ogni Comune deve avere in luogo appartato e salubre un ospedale pei colerosi, e in mancanza di questo, deve erigere baracche che ne facciano le veci, e là ricoverare gli ammalati che non possono o non vogliono essere curati nelle proprie case.

6.° È d'uopo circondare gl'infermi di tutte quelle cure che, mentre ne assicurano una premurosa assistenza, sono una guarentigia della loro perfetta segregazione dai sani.

7.° Manifestatosi il colera nel piano di una casa, si deve immediatamente metterne fuori d'uso la latrina, chiudendo l'apertura di questa con cemento.

Cautele da usarsi dalle autorità e dai privati quando il morbo ha assunto forma epidemica.

8.° Comparso il morbo in un Comune, le autorità cui spetta la pub-

blica sorveglianza, ed i singoli individui, devono attenersi alle cautele che l'esperienza ha indicato utili.

9.º Siano ordinati soccorsi e servizi medici a domicilio.

10.º Sia creata una Commissione la quale invigili la esecuzione di tutte le operazioni di espurgo ed abbia persone pratiche a compierle, tra cui un chimico od un farmacista.

11.º Sia fatto invito a tutti di valersi del consiglio medico non appena essi avvertano qualche insolito malessere.

I sindaci ricordino ai farmacisti essere loro vietato di somministrare purganti, ed in particolar modo emetici, senza prescrizione medica, potendo tali farmachi riuscire dannosissimi, in ispecie quando regna una epidemia colerosa; e sorveglino che non si faccia smercio abusivo di questi generi dai droghieri.

13.º I colerosi siano collocati in sale convenientemente ampie e ventilate.

14.º Si abbia ogni cura possibile di evitare il troppo accumulamento di malati in uno stesso luogo, e perciò si preferiscano i piccoli e più numerosi ospedali per i colerosi, ai pochi e maggiori.

15.º All'immediato servizio dei malati non siano destinate che le persone strettamente necessarie; ed altre non entrino e non dimorino nelle sale di loro ricovero.

16.º Chiunque è necessitato di uscire di quivi, sia sottoposto a totale lavacro disinfettante, con soluzione di cloruro di calce al 5 per 100. Contemporaneamente le sue vesti vengano esposte alle fumigazioni dello zolfo bruciato (acido solforoso) che con certe cautele si possono fare anche in casse di legno ben chiuse, o in qualunque altro ambiente reso adatto allo scopo.

17.º Si provvedano gl'infermi di tutto ciò che può loro occorrere dal di fuori, con un personale che non abbia con essi, o con i loro astanti, comunicazione diretta.

18.º Sia fatta sollecitamente la denunzia della malattia, del traslocamento del malato, della sua morte, o della sua guarigione, appena egli sia rimosso dalla camera ove giacque infermo.

19.º Le biancherie usate dai colerosi siano immediatamente immerse per due ore in una soluzione di cloruro di calce all'1 per 100, e quindi sottoposte al bucato.

Dove sono disponibili lavanderie speciali, le biancherie, eseguita la loro immersione nella soluzione clorurata, vi siano inviate in casse chiuse.

Le biancherie non sospette, che si portano ai pubblici lavatoi, siano anch'esse indistintamente sottoposte, per non meno di mezz'ora, all'immersione nel liquido clorurato sopradetto.

20.º Negli ambienti ove sono colerosi, si conservi la più scrupolosa nettezza; si mantenga l'aria asciutta e più pura possibile, promuovendone la naturale ventilazione, e disinfettandola continuamente con leg-

giere emanazioni di cloro compatibili con la respirazione, ciocchè dovrà essere regolato dal medico dello stabilimento o dalla famiglia del coleroso.

21.° Sul pavimento di tali ambienti si sparga polvere di cloruro di calce; e dove caddero materie vomitate od escrementizie, si versi una soluzione satura di acido fenico greggio e di solfato di ferro (vetriolo verde) nelle proporzioni di 1 a 8.

22.° Dove sono deposti cadaveri di colerosi, si versi sul pavimento l'istessa soluzione di ferro ed acido fenico, e vi si mantenga un suffumigio clorico intenso.

23.° Nel vaso in cui il coleroso emette le materie del vomito e della diarrea, sia posta precedentemente buona dose della mescolanza già detta di otto parti di solfato di ferro ed una d'acido fenico.

24.° Su queste materie raccolte in ampj vasi o di terra vetrificata, o di metallo possibilmente a chiusura idraulica, si versi della calce viva (curando che sia stata cotta di recente) affinchè questa, in esse spegnendosi, produca un forte riscaldamento, e colla sua causticità, la scomposizione di tutto ciò che di organico vi è contenuto.

Dopo di che i vasi che raccolgono le materie vomitate e dejette saranno trasportati in designati locali fuori dell'abitato e vuotati in fosse profonde, scavate a quest'unico scopo.

25.° Se a poca distanza dal domicilio del coleroso esistono dei forni nei quali queste materie si possano bruciare, si ricopra il vaso con terriccio asciutto e, trasportato al forno, se ne riversi il contenuto sul suolo rovente.

26.° Gli ambienti ove giacquero i colerosi, siano disinfettati tanto dopo la loro guarigione o trasloco, quanto dopo il loro decesso, coll'acido solforoso sviluppato dalla combustione dello zolfo, nella proporzione approssimativa di 30 grammi di zolfo per ogni metro cubo di capacità dell'ambiente.

La disinfezione sia fatta a porte e finestre chiuse, e l'ambiente resti in tali condizioni per 24 ore.

Scorso questo tempo, si aprano le porte e le finestre, si dia aria all'ambiente per circa 12 ore, e si lavi il pavimento con acqua clorurata nella proporzione di 10 parti di cloruro di calce per 100 di acqua. Quindi le rispettive stanze si mettano a nuovo, raschiando i pavimenti ed i muri.

27.° Gli oggetti contenuti nell'ambiente non dovranno essere rimessi in uso se prima non siano stati espurgati, specialmente col miglior modo di espurgo che sarebbe quello dei forni da disinfezione, fissi o portatili, nei quali la temperatura dovrebbe innalzarsi a 120 centigradi.

Dovendosi trasportare oggetti da disinfettare da una casa ad un forno fisso, si avrà cura di chiuderli in una cassa di legno.

28.° Nella mancanza di tali forni, gli oggetti saranno espurgati variamente secondo la loro natura, cioè:

a) Le biancherie, le fodere dei sacconi, dei materassi, i cotoni cardati, e oggetti simili, nella stanza stessa già disinfettata, saranno immersi per due ore in una soluzione di cloruro di calce all' 1 per 100, e quindi inviati alle lavanderie, e specialmente a quella pei colerosi, se vi esistono.

b) Le lane contenute nei materassi, le coltri di lana e tutti gli oggetti della stessa materia, che si alterano all'azione del ranno bollente, subiscano una nuova suffumigazione d'acido solforoso, senza essere portati fuori della stanza ove si trovano. Tese attraverso alla medesima delle corde, su queste si spieghino le coltri, e sopra di esse si distendano la lana dei materassi e gli altri oggetti di sopra indicati e si eseguisca il solito suffumigio solforoso. Dopo, le materie disinfettate siano inviate alla speciale lavanderia.

c) Le piume, i crini, le pelli, gli oggetti lavorati di paglia, quando non si creda doverli distruggere, siano sottoposti al suffumigio solforoso insieme alle lane. Lo stesso dicasi degli addobbi, degli ornamenti e di talune vesti che non possono essere immersi nell' acqua clorurata o nel ranno bollente.

d) Gli utensili di terraglia, di porcellana, di vetro, o di cristallo che servirono ai colerosi, siano immersi in una poltiglia di cloruro di calce ed acqua, e quindi lavati con acqua acidulata; quelli di metallo restino tuffati per mezz'ora nell'acqua salata (acqua parti 100, sale 40) mantenuta sempre in ebollizione.

e) La paglia, le foglie, la stoppa, gli stracci ed ogni altro oggetto che abbia servito ai colerosi ed abbia poco valore, o non meriti la spesa di sottoporlo a lavacri ed emanazioni disinfettanti, siano bruciati, trasportandoli dentro casse chiuse, in luoghi a ciò destinati.

29.° Tutti questi varj sistemi di disinfezione saranno, secondo le occorrenze, adoperati anche negli spedali, nelle carceri, nei ricoveri di beneficenza, di mendicità, ecc., ove siano stati colerosi. Da questi locali resterà assolutamente vietata la esportazione degli oggetti d'uso e delle masserizie, senza che siano state precedentemente fatte su di essi, secondo ogni regola d'arte, le accennate disinfezioni.

30.° Cessata l'epidemia, i locali che hanno servito esclusivamente di ricovero ai malati di colera, oltre tutte le diligenze notate, per l' espurgo delle stanze che si possono chiudere, dovranno essere raschiati e imbiancati da cima a fondo nelle loro pareti e nel soffitto; dovranno essere tenuti aperti alla libera ventilazione per due mesi almeno, prima che siano destinati ad accogliere altri individui.

31.° Converrà, infine, che i sindaci provvedano locali opportuni per dare ricovero alle famiglie ristrette in piccolo ambiente, perchè avendo presso di sè un coleroso, non potrebbero rimanervi senza pericolo di contrarre la malattia, nè potrebbero tornarvi se non quando la camera o le camere avessero subito la completa disinfezione.

Trasporto dei cadaveri.

32.° Assicurata indubitatamente la morte, si provveda che il trasporto dei cadaveri dei colerosi dall'abitazione ai luoghi d'interramento o ai forni crematorj, sia fatta entro casse di legno; che i cadaveri siano intieramente ricoperti di una veste o lenzuolo bagnato con soluzione di cloruro di calce al 10 per 100, e che i vuoti della cassa siano ricolmati con calce viva.

33.° L'inumazione sia fatta in uno straordinario cimitero, od in uno spazio appartato dei cimiteri ordinari.

34.° Si curi che l'inumazione dei cadaveri si effettui in fosse scavate alla profondità non minore di due metri al di sotto della superficie del suolo.

35.° Si provveda, in modo assoluto, che il terreno che ha servito al seppellimento dei colerosi non possa, almeno per il lasso di 10 anni, essere rivangato per nuove inumazioni, o per altro motivo.

Roma, luglio 1884.

Chi scrive appartenendo all'alto consesso, ei non aggiungerà parola o commento; bensì per ossequio alla libertà di giudizio che specialmente pur sempre, anche quando nel momento punga, è proficua, riferiremo ciò che in proposito scriveva un Collega in questa parte di epidemiologia e di medica polizia giudice autorevolissimo.

Sono norme chiare e piane, le quali, se non si possono riassumere nella formola incisiva del Brouardel: *ognuno pensi a sè*, hanno il merito, nuovo nei fasti del *Consiglio Superiore*, di non divagare in nebulosità teoretiche, allo scopo di autorizzare pratiche noncuranze dei più volgari precetti della pubblica e privata preservazione.

Il Consiglio, tuttochè schivo di parlare di *contagio* e di *contagiosità*, parole divenute pericolose a furia di essere abusate e torturate, da chi profitta di una improprietà di linguaggio per negare una serie di fatti inconcussi, non lascia il più lieve dubbio circa il suo concetto sulla trasmissibilità del morbo. Ed è la prima volta, dalla costituzione del Regno, che la suprema Magistratura sanitaria si lascia cogliere ad ammettere il fatto della importazione, e l'altro, che lo completa, dell'inquinamento dei sani per opera dei malati, ed a prescrivere: isolamento dei malati e di chi li assiste, disinfezioni di indumenti, lingerie, suppellettili, mobilie, addobbi, ospedali, camere, letti, cadaveri, dejezioni ed ejezioni; ospedali e lavanderie apposite, e tutto quanto l'apparato razionale della profilassi contagionista.

A nostro modo di vedere, poche aggiunte e lievi mutazioni, che fossero introdotte nel dettato del *Consiglio Superiore*, lo renderebbero tale da rispondere ad ogni più difficile contentatura, di chi impenitente professa le nostre vecchie e rigide convinzioni.

Per esempio, fra le *cautele da raccomandarsi ai privati, allo scopo*

di prevenire il male, a noi pare omessa la maggiore. Sta bene l'evitare qualunque intemperanza od eccesso, tener l'animo tranquillo, schivare ogni repentino o prolungato raffreddamento, star lontano dagli affollamenti e dalle adunanze numerose; ma sta anche meglio *l'evitare ogni rapporto diretto od indiretto coi cholerosi.* Quest'avvertimento dovrebbe, ci pare, formularsi nel sesto capoverso (*f*) del capitolo, onde sia riparata un'involontaria, ma evidente dimenticanza.

A proposito delle *cautele valevoli ad impedire la diffusione del morbo appena comparso,* non è più un'ommissione che vorremmo riparata, è un apprezzamento che desideriamo discusso.

L'isolamento assoluto dei primi infetti, che si raccomanda nel paragrafo 4.°, si ammette *possa esser fatto tanto nei domicilj privati, quanto in appositi spedali,* nei quali (e questo è detto nel successivo paragrafo 5.°) *ricoverare gli ammalati che* NON POSSONO Ò NON VOGLIONO *esser curati nelle proprie case.* Codesta predilezione per l'assistenza a domicilio, in confronto dell'assistenza negli appositi spedali, ribadita dalle disposizioni del paragrafo 9.°, che vuole *ordinati servizj medici a domicilio* e dal silenzio assoluto sulla convenienza, se non sull'obbligo, di uno speciale servizio medico negli spedali dei cholerosi, a noi pare tanto gravida di inconvenienti e di pericoli, da dover essere senza ambagi segnalata.

E diciamo *segnalata* anzichè *dimostrata,* inquantochè certe cose non hanno bisogno che di essere enunciate. Invertite le disposizioni regolamentari, sicchè il trattamento a domicilio diventi l'eccezione e quello negli spedali la regola, si guadagna:

pei poveri colpiti, un trattamento più metodico ed un'assistenza più assidua; una probabilità di guarigione notevolmente più grande;

per la salute pubblica, un minor numero ed una minore disseminazione di centri infeziosi e pertanto minorate le probabilità di epidemiche diffusioni;

per l'amministrazione sanitaria, una maggior guarentigia di efficace difesa delle popolazioni, di più assennata assistenza dei colpiti, con infinito risparmio nell'alto e basso personale di sanità e di sorveglianza; ciò che include il risparmio corrispondente nelle spese.

Sicchè, il periodo del paragrafo 5.°, che ingiunge ai Comuni di provvedere ospedali o baracche, *e là ricoverare gli ammalati, che non possono o non vogliono esser curati nelle proprie case*, sarebbe desiderabile, sempre a nostro modo di vedere, venisse modificato così: *e là ricoverare gli ammalati tutti, che non vi si rifiutino assolutamente o non siano trasportabili senza pericolo.*

Un'altra parola si trova gelosamente evitata nelle *Istruzioni pratiche del Consiglio superiore.* Invece di parlare di *locali di contumacia,* come ha parlato di ospedali e di cimiteri, nel paragrafo 31.° ne adombra il concetto con una circonlocuzione, la quale, ci affrettiamo di riconoscerlo, lasciandone intatta l'importanza, evita probabilmente gli scogli e gli scrupoli dei legisti.

Per noi basta, come basta al *Consiglio superiore*, che i sindaci predispongano *locali opportuni per dar ricovero alle famiglie ristrette in piccolo ambiente, perchè, avendo presso di sè un choleroso, non potrebbero rimanervi senza pericolo di contrarre la malattia* o ritornarvi *se non quando la camera o le camere avessero subita la completa disinfezione.*

È chiaro che anche questo paragrafo, stillato sotto le preoccupazioni del prevalente trattamento dei cholerosi a domicilio, include la necessità di una prolungazione indefinita del periodo di contumacia, se questo periodo deve abbracciare, oltre quello necessario agli espurghi della camera o delle camere corrispondente alla supposta durata dello stadio d'incubazione, anche l'altro della durata della malattia nel colpito, rimasto a domicilio.

Sono piccole mende, le quali anche per noi, che ci arbitriamo notarle, non menomano punto la bontà estrinseca dell'opera del *Consiglio*; che ha tanti titoli alla riconoscenza del paese e dei medici.

Così l'egregio dott. Gaetano Strambio nella *Gazzetta medica italiana-Lombardia* (N. 32), e dal suo articolo sembraci bene di levare anche queste parole le quali si riferiscono alle *quarantene*, perocchè esse ci aprono la via a ciò che più tardi ne dovremo dire quando il giudizio sarà maggiormente sicuro, quanto meglio sostenuto dai fatti e dalla esperienza.

Non bisogna però dimenticare come le quarantene di frontiera, indiscutibili sul terreno delle dottrine, di cui sono un corollario legittimo, trascinate su quello della loro attuabilità, riconoscano ed incontrino, in condizioni, stabili o mutevoli, di luoghi e di tempi, non pochi impedimenti. L'esperienza poi ci avverte dei difetti e degli sconci inerenti, forse inseparabili, dalla loro attuazione, tanto più se affrettata e tumultuosa, come, per forza di cose e per urgenza di minaccie, dovette verificarsi fra noi.

Avvertiamo da ultimo che un decreto minesteriale del 16 agosto estendeva il divieto d'importazione anche a tutti gli effetti letterecci usati, alle cimosse ed alle filaccie provenienti dalla Francia, quand'anche fossero destinate al transito. Gli stessi oggetti provenienti dalla Svizzera e dal Tirolo non potranno introdursi nel Regno se non siano accompagnati da un certificato sanitario dell'autorità comunale del luogo di origine. comprovante che sono esportati da un comune della Svizzera o del Tirolo immune da colera. Del pari fino a nuovi ordini è vietata l'uscita di detti generi da tutti i comuni ne' quali siasi accertato qualche caso di colera, e ciò anche dopo che i medesimi siano prosciolti dai cordoni sanitarj che ne assicurarono l'isolamento. Negli stessi comuni è fatto obbligo (sotto la vigilanza e responsabilità dei Sindaci assistiti dalle Commissioni sanitarie municipali) di disinfettare con acido solforoso tutti i depositi di quei generi che esistessero nel territorio comunale.

Primo Congresso Italiano di Scienze antropologiche (Antropologia generale — Etnologia — Archeologia preistorica) che verrà tenuto in Torino dal 26 al 30 settembre 1884.

Temi già proposti.

Sezione I. — *Antropologia generale.*

Nicolucci prof. Giustiniano. — Alcune idee sulla craniometria.

Tamburini prof. Augusto. — Un caso di macrosomia.

Idem. — Sullo sviluppo fisico intellettuale di un microcefalo.

Morselli prof. Enrico. — Presentazione di un microcefalo vivente.

Idem. Sul tipo sessuale della mandibola umana.

Pagliani prof. Luigi. — Sulle leggi dell'accrescimento del corpo in Italia.

Riccardi prof. Paolo. — I problemi dell'Antropometria, e il metodo di studio del corpo umano vivente.

Sergi prof. Giuseppe. — Misurazioni craniometriche e antropometriche. — Proposta di metodi uniformi.

Morselli prof. Enrico. — Sulle recenti riforme del metodo in antropologia fondate sul valore delle serie.

Musso dott. Giuseppe. — Un caso di microcefalia.

Canestrini prof. Giovanni. — Ricerche sull'osso intermascellare.

Gamba prof. Alberto. — Sulla misurazione proporzionale artistica della faccia umana.

Bono dott. G. B. — Ricerche antropologiche sul senso cromatico.

Sezione II. — *Etnologia italiana.*

Nicolucci prof. G. — Antropologia generale dell'Italia nei tempi antichi e nei moderni.

Morselli prof. Enrico. — Sulle recenti opinioni intorno ai Liguri.

Brizio prof. Enea. — Le popolazioni delle terramare.

Sergi prof. Giuseppe. — I Celti nella valle del Po.

Idem. — Sistemazione dell'antropologia Ligure.

De Stefani cav. Stefano. — Avanzi umani dell'epoca preistorica (Rivoli Veronese).

Sezione III. — *Antropologia preistorica.*

Nicolucci prof. G. — Strumenti litici quaternarii dell'Italia meridionale.

Sergi prof. Giuseppe. — L'uomo terziario in Lombardia.

Brizio prof. Enea. — Sulla civiltà delle caverne in Italia.

Idem. — Sui fondi capanne.

Idem — Origine delle terramare: Discussione sulle loro necropoli.

Morselli prof. Enrico. — Sulla religiosità dei popoli primitivi d'Italia.

Crespellani avv. Arsenio. — Le terramare del Modenese.

Idem. — Di un ripostiglio di coltelli-ascia scoperto a Savignano sul Panaro.

Bellucci prof. Giuseppe. — L'età della pietra in Italia nell'epoca quaternaria.

Nobili prof. Rocco. — Le stazioni litiche e le terre rosse.

Funghini ing. Vincenzo. — Sulla lavorazione delle armi e strumenti in pietra dei popoli primitivi d'Europa nei suoi rapporti con il grado ed il carattere della civiltà.

De Stefani cav. Stefano. — Sulle palafitte del Lago di Garda e sulle stazioni litiche di Breonio e Sant'Anna (Verona).

(Altre comunicazioni verranno annunziate ulteriormente: si pregano intanto coloro che intendessero prendere parte attiva al Congresso antropologico di mandare al prof. Enrico Morselli il titolo delle loro comunicazioni o presentazioni).

Norme generali pel Congresso.

1.° Il Congresso si terrà nel tempo sovrindicato, onde permettere ai convenuti di prender parte nello stesso tempo al Congresso di Antropologia criminale che ha luogo dal 25 settembre al 2 ottobre.

2.° La tassa d'ammissione è fissata in L. dieci da pagarsi all'atto dell'inscrizione.

3.° Per inscriversi basterà inviare la propria adesione al prof. Enrico Morselli, Torino, via delle Scuole, N. 5.

L'immunità contro la rabbia. — La Commissione incaricata di sottoporre ad esame le scoperte del Pasteur e verificare se i cani che ei dichiarava d'aver reso immuni, fossero tali veramente, riferiva per mezzo del prof. Bouley il risultato d'una prima serie d'esperienze, affinchè lo stesso Pasteur se ne potesse valere nel Congresso medico di Copenaga.

Furono cimentati 42 casi, 23 dei quali, secondo Pasteur, erano stati resi immuni, e 19 affatto liberi da qualsiasi inoculazione di rabbia. Fra questi 19 v'ebbero 3 casi di rabbia sopra 6 dopo la morsicatura di altri cani arrabbiati, 6 casi sopra 8 dopo le inoculazioni intravenose e 5 casi su 5 dopo le inoculazioni per via di trapanazione. I 23 cani vaccinati non hanno presentato verun caso di rabbia.

La Commissione (1) non vuole fermarsi a queste prime prove; le ripeterà sopra molti altri cani che saranno vaccinati sotto i suoi occhi

---

(1) La Commissione è composta, oltre che del predetto prof. Bouley, dai prof. Béclard, Bert, Tisserond, Villemin e Vulpian.

e resi immuni alla rabbia con il processo di Pasteur. Dei cani testimoni saranno pure sottoposti a diversi esperimenti per meglio accertare il valore di quest'immunità. Nè basta, bisogna determinare con una lunga osservazione quanto duri tale immunità, e se (la qual cosa sarebbe di capitale importanza per l'uomo) l'inoculazione del virus diluito annulli la potenza del virus introdotto da recente morsicatura. (*Union médicale*, N. 115, p. 257).

Emigrazione italiana (1). — Da 15 anni, cioè dal 1869 al 1883, l'*emigrazione temporanea periodica* ha oscillato di poco intorno a 90 mila, e soltanto in ultimo ha raggiunto la cifra di 100 mila. Invece la *emigrazione propriamente detta o permanente* cioè *a tempo indefinito*, si è venuta accrescendo da 20 mila circa, quant'era fino al 1878, a 40 mila circa nei 3 anni successivi, per salire negli ultimi due a più di 65 mila e di 68 mila.

Le provincie che maggiormente contribuiscono all'*emigrazione temporanea* sono quelle del Veneto, del Piemonte e della Lombardia.

L'*emigrazione propriamente detta* trae i suoi maggiori contingenti dalla Liguria, dalle provincie di Cosenza, di Potenza e di Salerno, e da quelle stesse provincie dell'alta Italia, che dànno i *più forti contingenti all'emigrazione temporanea*.

E distinguendo l'emigrazione secondo i paesi verso i quali si dirige, anzichè secondo la presunta durata dell'assenza, troviamo che le provincie che dànno i maggiori contingenti all'*emigrazione per Stati Europei* sono:

(in cifre effettive).		(per 100,000 abitanti)	
Udine	25,987	Udine	5179
Cuneo	11,596	Belluno	4125
Torino	7,703	Cuneo	1825
Belluno	7,183	Lucca	1656
Como	5,375	Massa	1230
Lucca	4,712	Sondrio	1088
Vicenza	3,770	Como	1044
Bergamo	3,331	Vicenza	951
Novara	3,201	Bergamo	852
Aquila	2,478	Torino	748
Massa	2,086	Aquila	702

(1) Notizie tratte dalla *Statistica dell'emigrazione italiana nell'anno 1883* testè pubblicato dal Ministero di agricoltura, industria e commercio (Roma, Tipografia della Camera dei Deputati, 1884, 4.°).

Per *Paesi fuori d'Europa*..

(in cifre assolute)		(per 100,000 abitanti).	
Cosenza	7,077	Cosenza	1569
Potenza	6,626	Potenza	1263
Salerno	6,288	Campobasso	1193
Genova	4,747	Salerno	1143
Campobasso	4,360	Avellino	847
Avellino	3,327	Sondrio	725
Milano	2,915	Genova	625
Torino	2,205	Massa	502
Como	2,144	Lucca	493
Catanzaro	2,100	Catanzaro	484
Palermo	2,099	Como	416
Cuneo	2,022	Pavia	396
Napoli	1,994	Vicenza	391
Pavia	1,861	Benevento	368
Udine	1,852	Udine	369
Alessandria	1,708	Macerata	325
Vicenza	1,549	Cuneo	318
Lucca	1,401	Palermo	300
Caserta	1,220		

Dividendo gli emigranti per *sesso*, si trova che i maschi rappresentano, secondo gli anni, dal 64 al 79 per cento dell'emigrazione *propria*, e da 90 a 92 per cento della temporanea. Nell'insieme delle 2 categorie i maschi stanno fra 84 e 88 per 100. I fanciulli al di sotto di 14 anni sono da 13 a 28 per 100 nell'*emigrazione propria* e da 4 a 7 nella *temporanea*.

Rispetto alle *professioni* si rileva che nel sesennio 1878-1883 gli agricoltori (riunendo l'emigrazione *propria* colla *temporanea*) furono 78,318 ossia 50,19 per 100 del totale degli emigranti da 14 anni in su; i terraiuoli, braccianti, giornalieri e facchini 39,474 (25,30 per 100); i muratori e scalpellini 17,344 (11,11 per 100); gli artigiani ed operai 11,057 (7,09 per 100). Nell'insieme queste classi dànno un totale di 146,188 ossia 95,69 per 100 di tutti gli emigranti sopra i 14 anni, senza distinzione di sesso.

Gli agricoltori dànno, comparativamente, un contingente più forte all'emigrazione per l'America, che non a quella che si aggira negli Stati d'Europa: il contrario avviene dei muratori, tagliapietre, fornaciai, calderaj, ecc., sparsi in gran numero negli Stati limitrofi pei grandi lavori di sterro e di costruzioni. Nel distretto consolare di Lione gl'italiani sono, per lo più, operaj nelle fabbriche; a Cadice sono marinaj e artigiani ingaggiati per la preparazione del tonno; a Malta sono in *gran parte monaci*. Non pochi s'incontrano, anche nei distretti consolari più

lontani, di Pietroburgo, Odessa, Stocolma,. New-York, Filadelfia, suonatori ambulanti o esercenti mestieri girovaghi.

Le proporzioni degli emigranti partiti soli (cioè non accompagnati da qualche altra persona della propria famiglia), di fronte alla somma totale, sono maggiori nella *emigrazione temporanea*, che nella *propria* o *permanente*: si osservano per altrò non piccole differenze da una provincia all'altra rispetto a questo carattere dell'emigrazione.

Finalmente cercando di valutare quanta sia in Italia la perdita di popolazione per effetto dell'emigrazione per paesi *fuori d' Europa*, paragonata all'eccedenza annuale delle nascite sulle morti, si trova che questa è di 7,54 per mille abitanti, laddove che l' emigrazione suddetta si ragguaglia a circa 1 e mezzo parimente su 1000.

E ancora è da ricordare che una parte dell' emigrazione per *paesi europei* si bilancia, coi ritorni e coll'immigrazione, cossicchè la perdita di popolazione, se fossero esatte le cifre degli emigranti, dovrebb'essere anche minore di quella che apparisce da quelle cifre effettive e proporzionali.

Altri Stati di Europa hanno un' emigrazione per paesi estra-europei molto più forte del nostro. L' Inghilterra ha 5,63 emigranti per 1000 abitanti, ma ivi la natività supera di quasi 13 abitanti per mille la mortalità. E similmente la Norvegia e la Svezia, che hanno rispettivamente 3,73 e 6,22 emigranti per 1000 di popolazione, hanno una differenza di più che 12, e più che 14 per mille fra le nascite e le morti. La Germania, ha una forte emigrazione, considerata in cifre assolute; ma se questa si paragoni alla popolazione, si trova essa in un rapporto poco più alto del nostro; mentre per l' eccedenza delle nascite sulle morti arriva quasi al 13 per mille.

Tutte queste notizie hanno importanza non solamente per l'economia pubblica e la demografia, ma anche per l'igiene e la medicina civile; e maggiormente ne apparirà l' importanza quando si potranno conoscere le *cause e i caratteri particolari dell' emigrazione che avviene nelle varie provincie del Regno.* Sono stati a tal fine formulati speciali quesiti ai sindaci ed ai prefetti, e la Direzione generale di Statistica spera di poter in un prossimo volume pubblicare siffatte informazioni, le quali con molto desiderio attendiamo, persuasi che riesciranno assai utili per lo scopo cui debbono servire, di additare cioè non che le condizioni economiche, le condizioni della vita e della salute nelle varie nostre regioni e provincie.

Opere presentate alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina.*

Agostini Riccardo. « Storia di un polipo peduncolato della faringe. » — « Gazz. Med. Prov. Venete », 1884, N. 27.

« Atti del primo Congresso della Società italiana di Cremazione tenuto in Modena nel settembre 1882. » Milano, Civelli, 1884, 8.°

Barduzzi D. « Lezione d'epilogo del primo anno accademico della Clinica dermo-sifilopatica », 1833-84. Milano, Vallardi, 1884, 8.° — « Giornale italiano delle malattie veneree. »

Bassi Ugo. « Sulle stratificazioni mucose dell'intestino (Enterite-membranosa). » Venezia, 1884. — « Rivista Veneta di Scienze mediche. »

Bona G. B. « Gli ospizj marini ed i poveri fanciulli scrofolosi della città e circondario di Biella. » — Relazione amministrativo-sanitaria per l'anno 1883. Biella, Amosso, 1884, 8.°

Boncinelli E. « Nuove proposte d'Igiene, di Medicina e di Diritto sanitario. »

— « Dell'alimentazione rispetto alla legge ed all'igiene. » Venezia, Fontana, 1884. 8.°

Casali Adolfo. « L'acqua potabile di Reggio-Emilia. » — Reggio nell'Emilia, Stabilimento degli Artigianelli, 1884, 8.°

Castorani Raffaele. « Memoria sulla cura dell'ectropio cicatriziale (Autoblefaroplastia). » Napoli, Piscopo, 1884, 4.° — « Resoconto della R. Accad. Med. Chir. »

— « Memoria sulla cura dello scallamento della retina (Iridectomia). » Napoli, Piscopo, 1884, 8.° — « Resoconto della R. Accad. Med. Chir. di Napoli. »

Cesari Giuseppe. « Le alterazioni e adulterazioni delle sostanze alimentari più usate. » Modena, Moneti e Namias, 1884, 8.°

« Collegio degli Ingegneri ed Architetti e R. Società italiana d'Igiene di Milano. » Commissione per lo studio del regolamento edilizio per il Comune di Milano. Milano, Civelli, 1884, 8.°

« Comune di Milano. » — Bollettino necrologico mensile. Aprile e Maggio.

Corona A. e *Cocco Pisano A.* « Sulla trasfusione del sangue nel peritoneo dell'uomo e nuovo processo per ottenerla con sangue completo d'agnello con apposito trasfusore. » — Studio critico-sperimentale. Napoli, Detken, 1883, 8.° « Giornale internazionale delle Scienze med. »

Degive Alphonse. « Notice sur l'office vaccinogéne central de l'état. » Bruxelles, Brogniez, 1884, 8.°

Dutrieux Bey. « Le choléra dans la Basse Égypte en 1883. » Relation d'une exploration médicale dans le Delta du Nil pendant l'épidémie cholérique avec carte explicative. » Paris, Berthier, 1884, 8.° pag. 288.

« Esposizione generale italiana in Torino del 1884 »

« Esposizione della R. Scuola Superiore di Medicina veterinaria di Milano. » Milano, Agnelli, 1884, 8.°

Fiorani Giovanni. « Sulla cistotomia perineale e specialmente sulla guida del dott. Gritti. » Venezia, Cecchini, 1834, 8.° « Rivista di Scienze mediche. »

Gibellini. « Sul trattamento dei ricoverati nel Manicomio provinciale di Brescia. » Interpellanza. Brescia, Apollonio, 1884, 4.°

« Giudizii di varii corpi scientifici e distinti professori sull'atmiometro A. Jacobelli. » Napoli, Piscopo, 1884, 8.°

Graggi Vittone. « Storia di penetrazione nella laringe di una moneta di due centesimi estratta dopo 43 giorni per le vie naturali. » Firenze, Tip. Cooperativa, 1884, 8.° « Bollettino delle malattie dell'orecchio. »

Janssens E. « Office vaccinagéne central de l'État Commission de surveillance. » Compte rendu annuel pour 1883. — « Moniteur Belge du 11 juin 1884, N. 163. »

Lachi Pilade. « L'indirizzo odierno nell'insegnamento dell'Anatomia. » Prelezione. Camerino, Savini, 1884, 8.°

Langlét. « Rapport annuel du Bureau d'Hygiène de la ville de Reims. » Deuxiéme année, 1883. Reims, Matot-Braine, 1884, 8.°

Maggiorani Carlo. « Influenza del magnetismo sulla embriogenesi e sterilimento degli uovi. » Nota. « R. Accademia dei Lincei », 1884, Vol. VIII, Transunti.

Mattei Vittorio. « Cisti ovarica moltiloculare. — Ovariotomia. — Guarigione. — Considerazioni. » Modena, Vincenzi, 1884, 8.° Dallo « Spallanzani. »

Marcani Giosuè. « Erniotomia inguinale e susseguente laparotomia per interno strangolamento. » Messina, D'Angelo, 1884, 8.° « Giorn. di Clinica e Terapia. »

Masini Origene. « L'aria compressa ossigenata nel croup. » Genova, Tip. Sordo-Muti, 1884, 8.° « La Salute, Italia medica. »

— « Sulla cura di alcune malattie della gola. » Genova 1884. « Archivio di Laringologia di Napoli. »

Mazzotti Luigi. « Un caso di tisi primitiva dell'intestino e secondaria dei polmoni in un adulto. » Bologna, Gamberini e Parmeggiani, 1884, 8.° « Bullettino delle Scienze mediche. »

Minervini Gabriele. « Sui lavori del dott. cav. Serafino. » Censimento vaccinico presso il Municipio di Napoli. Rapporto letto alla R. Accademia medico-chirurgica. Napoli, Tip. della R. Accad. med. chir., 1884, 8.° Resoconto, T. XXXVIII, fasc. 2.°

Montalti Ciro. « Ancora della Statistica sanitaria degli ospedali. » Forlì, Tip. Democratica, 1884, 8.° « Raccoglitore Medico. »

Morfino Giovanni. « L'acqua di Fingi in Anticoli di Campagna. » Foligno, Scariglia, 1884, 8.°

Mucci Domenico. « Manuale di Elettroterapia galvanica informato alle più recenti innovazioni scientifico-pratiche con incisioni. » Piacenza, Tedeschi, 1883, 8.°, pag, 443.

Plevani S. « La sofisticazione dei rimedj. » Nota. « Gazzetta degli Ospitali », 1884, N. 56.

Poncet Antonio. « Note sur l'anesthésie rectale. » Lyon. Association typographique, 1884, 8.° « Lyon médical. »

Proksch J. K. « Zur Syphilis des Nervensystems Ein historischer

Beitrag. » Wien, Bergmann, 1884. « Wiener Mediz. Blätter. » N. 10, 11, 12.

Raffa Arturo. « Lussazione antica posteriore-interna sotto-astragalea del piede. » Resezione della testa e collo dell'astragalo. Milano, Milano, Agnelli, 1884. « Archivio di Ortopedia. »

Raggi Antigono. « Dell'elemento degenerativo nella genesi dei così detti deliri sistematizzati primitivi. » Appunti clinici. Milano, Rechiedei, 1884, 8.° « Archivio italiano per le malattie nervose. »

— « Rendiconto statistico sul Manicomio provinciale di Pavia in Voghera per l'anno amministrativo 1883 84. » Pavia, Marchi, 1884, 4.°

Rampoldi Roberto. « Comunicazioni ottalmologiche diverse. » Pavia, Bizzoni, 1884, 8.° « Annali di Ottalmologia. »

« Relazione statistica del Manicomio centrale maschile di S. Servolo di Venezia del triennio 1881-83. » Venezia, 1884, 4.° p. 205.

Rivolta S. « Sopra una specie di distoma nel gatto e nel cane. » « Giorn. d'Anat. Fisiol. e Patol. degli animali », 1884.

Rovighi Alberto. « Sclerosi multipla del midollo spinale complicata a micosi. » Osservazione clinica ed anatomica. Reggio-Emilia, Calderini, 1884, 8.° « Rivista sperimentale di Freniatria. »

— « Adenoma racemoso del fegato con ittero letale. » — « Archivio per le Scienze mediche », 1884, Vol. VIII, N. 6.

« Società Fiorentina d'Igiene. » Istruzioni popolari sul modo di preservarsi dal colera. » Firenze, Civelli, 1884, 12.°

Sonsino Prospero. « Sul cholera in Cairo d'Egitto nell'anno 1883. » Ricordi. Pisa, Vannucchi, 1884, 8.°

Tacchini P. « Nota sulle osservazioni pluviometriche nelle stazioni forestali di Vallombrosa e di Causiglio. »

— « Le febbri malariche e le meteore nella Provincia di Roma. » Roma, Botta, 1884, 8.°

Tansini Iginio. « Contribuzione di Chirurgia pratica. » Lodi, Cima e Moroni, 1884, 8.°

Tizzoni Guido. « Sulla fisio-patologia delle capsule sopra-renali. » 1.ª Comunicazione preventiva. Bologna, Parmeggiani, 1884, 8.° « Bullett. delle Sc. Med. »

Tunisi Carlo, Tenente Colonello Medico. « Cura specifica del cholera, ossia come ogni attacco di cholera si possa restringere entro i confini di una semplice indisposizione prontamente guaribile. » Vicenza, Burato, 1884, 8.°

Turchi Marino. « Consigli per viver sano felice e lungamente per preservarsi dal colera e per guarire. » Istruzione popolare esposta in nove lettere, 2.ª ediz. preceduta da un discorso preliminare igienico e seguita da alcune aggiunzioni. Napoli, De Ruberti, 1884, 8.°

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI PATOLOGIA SPECIALE E CLINICA MEDICA

del Prof. A. DE-GIOVANNI e Dott. P. PENNATO di Padova

RIVISTA D'OTTALMOLOGIA

del dott. R. RAMPOLDI

Materie trattate.

BIBLIOGRAFIA.

VARIETÀ.

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del dott. S. FUBINI

professore di fisiologia nella R. Università di Palermo

Morselli e Bordoni-Uffreduzzi — *Sui cangiamenti della circolazione cerebrale prodotti dalle diverse percezioni semplici.*

Bergesio e Musso — *Contribuzione allo studio della circolazione cerebrale.*

Bocci — *La fisiologia della cellula grigia dei centri nervosi.*

James — *Sui centri inibitori dei riflessi.*

Munk — *Gli emisferi frontali del cervello.*

Bianchi — *Delle compensazioni funzionali della corteccia cerebrale.*

Luciani — *Linee generali della fisiologia del cervelletto.*

Schiff — *Cervelletto.*

Becterew — *Rapporti funzionali tra le olive inferiori ed il cervelletto allo scopo di mantenere l'equilibrio.*

Exner — *Modificazioni degli eccitamenti nel sistema nervoso corticale.*

Charcot e Pitres — *Dottrina delle localizzazioni motrici nella corteccia degli emisferi cerebrali dell'uomo.*

Luciani — *Sull'eccitamento meccanico dei centri sensorio motori della corteccia cerebrale.*

De Varigny — *Eccitabilità elettrica e periodo di eccitamento latente del cervello.*

Couty — *Cervello motore.*

Laborde e Brown-Séquard — *Rapporto fisiologico del nodo vitale e dei movimenti respiratori.*

Axenfeld — *I movimenti del fluido cerebro-spinale interno.*

Mendelssohn — *Diretta eccitabilità dei cordoni anteriori del midollo spinale.*

Schiff — *Sensibilità dei cordoni anteriori del midollo spinale nei vertebrati inferiori.*

Marcacci — *Influenza del ramo linguale del trigemino nella formazione della linfa nella lingua.*

Fellner — *Ricerche sui nervi di movimento e sui nervi frenici del retto.*

Dastre e Morat — *Nervi vaso-dilatatori delle estremità inferiori.*

Redard — *Temperatura degli arti dopo l'allungamento dei nervi periferici.*

Frank e Pitres — *Ricerche sulle convulsioni epilettiformi di origine centrale.*

Frank e Pitres — *Soppressione degli accessi epilettiformi di origine centrale colla perfrigerazione della zona motrice del cervello di cane.*

Steiner — *Influenza della temperatura sulla corrente nervosa e velocità di propagazione della sua oscillazione negativa.*

Ochorowicz — *Senso del tatto e senso del magnetismo.*

Bloch — *Velocità comparativa delle trasmissioni visive, uditive e tattili.*

Griffini — *Della riproduzione degli organi gustativi.*

Bianchi — *Fisiologia dello scrivere.*

Kronecker e Schmey — *Centri di coordinazione dei movimenti dei ventricoli del cuore.*

Frank — *Nervi sensitivi del cuore.*

Marey — *Ectopia congenita del cuore.*

Engelmann, Hartog e Verhoeff — *Bulbo aortico del cuore di rana.*

Wedenskli — *Segni telefonici nel cuore per eccitamento del vago.*

Basch — *Sfigmomanometro metallico.*

Klug — *Ricerche sulla contrazione del cuore ed il cardiogramma.*

Dastre e Morat — *Influenza del sangue asfittico sull' apparato nervoso della circolazione.*

Bizzozero e Torre — *Sulla produzione dei globuli rossi nelle varie classi di vertebrati.*

Lavdowski — *Sul terzo elemento del sangue dell' uomo e degli animali.*

Ollivier e Richet — *Microbi nel sangue umano.*

Sanquirico — *Trasfusione del sangue defibrinato.*

Hayem — *Trasfusione peritoneale.*

Renus — *Assorbimento peritoneale.*

Silva — *Della trasfusione di sangue omogeneo defibrinato nella pleura.*

Bareggi — *Sulla injezione ipodermica di sangue.*

Fubini e Spallitta — *Influenza degli eccitamenti termici sopra i movimenti dei cuori linfatici nei batraci.*

Martini — *Fenomeni chimici del respiro nell'atmosfera sopra ossigenata.*

Fano G. — *Sui movimenti respiratori del Champso lucius.*

Edinger — *Curve della contrazione dei muscoli nell'uomo.*

Astegiano — *Le marcie a piedi.*

Reymond — *Modificazione all'esame degli equilibri muscolari e legge del rapporto fra l'età e la convergenza oculare.*

Marey — *Misura delle forze nei diversi atti della locomozione.*

Beaunis — *Forma e carattere della contrazione muscolare riflessa.*

Gaglio — *Sulle alterazioni istologiche e funzionali dei muscoli durante l'inanizione.*

Fubini e Luzzatti — *Sopra alcune sperienze riguardanti la fisiologia dell'intestino.*

Pflüger — *Studi sugli organi della generazione della rana.*

Maggiorani — *Influenza sul magnetismo nell'embriogenesi e sterilimento degli uovi.*

Dusing — *Sviluppo embrionale di uova di gallina, in cui si limita l'intensità del ricambio gasoso.*

Trinchese — *Intorno ad alcuni bacteri trovati nell'amnios umano.*

Foà — *Contribuzione allo studio della fisiopatologia della milza.*

Schiff — *Effetti dell'ablazione dei corpi tiroidi.*

Setschenoff — *Circolazione sanguigna nei reni.*

Pisenti — *Sperienze sulla rigenerazione parziale dei reni.*

Gréhant e Quinquand — *Quale è il sito, dove si forma l'urea.*

Mya e Vandoni — *Influenza dell'urea sopra la membrana dei vasi dell'animale vivo.*

Maffucci — *Assorbimento delle articolazioni.*

Reinhard — *Un caso di cangiamento periodico del colore dei capelli.*

Aubert — *Sonno anestetico.*

Righi e Tamburini — *Ricerche sull'azione della magnete e degli agenti termici nella ipnosi isterica.*

Brown-Séquard — *Stato cataleptico dopo la morte.*

Morselli e Bordoni-Uffreduzzi. — **Sui cangiamenti della circolazione cerebrale prodotti dalle diverse percezioni semplici.** (*Rivista di Filosofia scientifica*, 1881).

Le esperienze degli Autori furono fatte sopra uomo, che aveva larga perdita di sostanza nella teca craniale alla regione temporo-parietale sinistra, per cui il cervello era coperto dalle sole meningi e dalla pelle.

Dalle loro osservazioni gli autori deducono i seguenti corollari:

Ogni percezione è seguita in generale da un aumento di volume del cervello accompagnato da accrescimento o da diminuzione dell'ampiezza delle pulsazioni: rimane invariata la forma del polso cerebrale, la quale perciò non ha alcuna importanza.

Questo aumento è in ragione diretta dell'intensità fisiologica dello stimolo ed in ragione inversa del grado di elevazione psichica della percezione: cosicchè le impressioni dolorifiche sono le più attive e quelle luminose producono i minimi cangiamenti cerebrali.

La [illegible] non presenta [illegible], le quali [illegible], quando le [illegible] modificazioni [illegible].

Il [illegible] comunicate all'[illegible] cangiamenti [illegible]

letto delle azioni riflesse consecutive e non come condizioni causali determinanti del processo percettivo.

Bergesio e Musso. — **Contribuzione allo studio della circoazione cerebrale.** (*Giornale dell'Accademia di med.* Torino 1884).

La forma del polso e perciò anche la tensione nei vasi del cervello, non è collegata cogli stati di veglia o di sonno, quando questo è provocato cogli ipnogeni.

Paragonando il sonno della paraldeide col sonno della morfina e con quello consecutivo alla somministrazione dell'alcool, gli autori credono che la modificazione ipnogena prodotta da queste sostanze risieda non nella congestione o nell'anemia de' centri nervosi, non nella maggiore o minore pressione, con cui il sangue circola entro le arterie od i capillari del cervello, ma piuttosto in una modificazione più intima (di natura chimica?) delle cellule della corteccia centrale.

Bocci. — **La fisiologia della cellula grigia dei centri nervosi.** (*Bollettino della Società Lancisiana degli ospedali di Roma*, 1884).

Quando una soluzione di cloruro di sodio alla dose di 4 1|2 0|0 agisce sui nervi lombari intatti di rana galvanoscopica, così chiamata dall'Autore la grande preparazione alla Galvani) promuove contrazioni, che da lievi possono divenire forti e fortissime, quando invece agisce sui nervi lombari recisi, provoca sempre contrazioni piuttosto lievi. Ora i nervi lombari risultano di fibre e di fibre risulta la sostanza bianca del midollo, dunque queste energie esplosive si sviluppano nell' interno delle cellule grigie.

Alexander James. — **Teoria dei centri inibitori dei riflessi.** (*The Brain.* Tom. IV).

L'Autore nega l'esistenza dei centri inibitori. Secondo l'Autore, quando si esportano i centri nervosi superiori, o quando si seziona un nervo, l'aumento di eccitabilità riflessa che avviene per effetto della sezione non devesi alla soppressione di un centro moderatore, bensì ad una concentrazione dell'attività nervosa.

Col metodo grafico calcola le variazioni di forza della contrazione di un muscolo.

Riconobbe aumento nell'energia delle contrazioni dopo l'ablazione del cervello; aumento dovuto in parte all'interruzione della corrente nervosa, in parte all'influenza della sezione delle regioni inferiori del neuroasse. Per le lesioni degenerative, conseguenze del trauma, non si saprebbe spiegare l'aumento dei riflessi perchè tale aumento si osserva nell'emiplegia per causa corticale che guarisce presto. La corteccia cerebrale non potendo più percepire, la forza nervosa si concentra sulle parti situate sotto. L' Autore poi ottenne contrazioni più forti eccitando l'intiero midollo che localizzando l'eccitamento su d'un punto.

MUNK. — **Gli emisferi frontali del cervello.** (*Giornale di neuropatologia*, 1883).

L'Autore nel mentre ritiene nella corteccia dei lobi frontali essere la sfera tattile per il tronco e relativamente per la nuca, nega che in questa parte del cervello trovisi la sede delle funzioni psichiche superiori.

Negli idioti si veggono poco sviluppati i lobi frontali.

È vero che v'ha un certo rapporto fra lo sviluppo dei lobi frontali nei vari poppanti ed il grado di loro intelligenza, però tale rapporto è relativo perchè in corrispondenza dello sviluppo dei lobi frontali sta quello degli altri lobi del cervello. Quanto più intelligente è un poppante, maggiore è la mobilità del tronco e della nuca, maggiore si vede lo sviluppo dei lobi frontali.

BIANCHI S. — **Delle compensazioni funzionali della corteccia cerebrale.** (*La Psichiatria*. 1883).

V'ha una zona corticale del lobo anteriore del cervello, che non ha limiti determinati, che contiene elementi motori per la muscolatura della metà opposta del corpo.

Su questa superficie corticale solo alcuni punti sono eccitabili.

Taluni gruppi muscolari sono rappresentati in aree distinte nei limiti di questa zona, e sulle distruzioni parziali quello, che rimane dalla detta zona, compensa in parte le funzioni di quella stata distrutta.

Le esportazioni, estese sopra grande parte della zona motrice, danno luogo a disturbi motori permanenti.

La zona motrice dell'emisfero sano, fino ad un certo punto, compensa le funzioni perdute dell'emisfero mutilato non per assunzione di una nuova funzione, bensì per la preesistenza di rapporti anatomici coi muscoli dello stesso lato e di elementi anatomici omologhi.

La locomozione non è funzione della corteccia come atto motore, ma solo come impulso motore nelle sfere sensoriali ed intellettive.

I disordini di senso tattile per la limitata asportazione delle zone motrici non sono dimostrabili nei cani.

Sul cervello dei cani avvi una zona promiscua motrice e sensoriale e questa zona è la branca anteriore della seconda circonvoluzione esterna, la quale o viene esportata insieme al giro sigmoide e rende la emiplegia più grave o viene estirpata sola e disturba la motilità e la vista.

Il centro della vista è rappresentato da una larga estensione della corteccia, che può dividersi in tre segmenti, l'estirpazione di uno di essi equivale all'estirpazione del tutto, però con effetto temporaneo perchè si ristabilisce la vista.

L'estirpazione di tutto il centro corticale della vista equivale al taglio del segmento posteriore della capsula interna, produce disturbi visivi permanenti. La compensazione si fa dallo stesso emisfero cerebrale, se la lesione è circoscritta.

Per l'estirpazione corticale si ha emianopsia bilaterale, ogni occhio è rappresentato sui due emisferi.

La vista ha rappresentanti in varie zone corticali, che si compensano quando una o più di esse sono distrutte.

Il concetto delle localizzazioni deve considerarsi in senso relativo; in quanto che da una parte, di nessuna funzione cerebrale si determinarono assolutamente i limiti anatomici, e dall' altra nessuna funzione si compie normalmente se non col concorso di tutti i processi elementari, di cui quella è l'ultima espressione, mentre parallelamente l'area anatomica, da cui sembra esplicarsi, è l'ultima stazione, al cui normale funzionamento concorrono tutti quelli che precedono, dove la materia prima o la forza indistinta assumendo nuovi caratteri si determina sempre più in quella forma, che nelle diverse gradazioni della vita viene a colpire i nostri sensi e la nostra intelligenza; la cui forza analitica fin qui è rimasta ancora di molto inferiore alla complessità del fenomeno.

Luciani L. — **Linee generali della fisiologia del cervelletto.** (*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, 1884).

Con un processo operativo, che si trova con esattezza descritto nella memoria dell' Autore, si potè tenere in vita per otto mesi un cane, al quale si era praticata l'estirpazione del cervelletto. L' Autore divide le manifestazioni della lesione in tre periodi: l' insieme dei sintomi del primo si può riassumere nella formula seguente: si ha mancanza della normale associazione e successione dei movimenti muscolari, necessari a compiere i diversi atti volontari.

Nel secondo periodo si manifestano disordini di movimenti in generale ma non tanto gravi da impedire l'effettuazione dei diversi atti volontari come nell'incoordinazione; l' atassia cerebellare è condizionata dall'imperfetto tono e dalla insufficiente energia, di cui dispone il sistema nervoso motorio dei muscoli della vita animale.

Nel terzo periodo poi si ha una progressiva e rapida denutrizione generale; il che dovrà dimostrare fino a quale punto e per quale processo l' influenza del cervelletto non si limiti alle funzioni della vita animale, ma si estenda anche alle funzioni della vita vegetativa.

Schiff M. — **Cervelletto.** (*Pflüger's Archiv.* 1883).

Secondo l'Autore il cervelletto ha influenza sul maggior numero dei movimenti. Non è vero che sia l'organo della coordinazione dei movimenti; lo si riconosce dai tracciati che imprime l'animale sul suolo camminando colle zampe tinte a vario colore secondo il metodo di Luciani.

Quale è la causa del disordine delle funzioni muscolari in seguito alla ablazione del cervelletto? Per Luciani la causa è nella debolezza delle contrazioni parziali, per Schiff non trovasi in tutti gli animali scerebellati questo fenomeno.

Le lesioni bilaterali simmetriche sono senza effetto, non è quindi vero che il cervelletto sia sede di azione moderatrice, che impedisca le aberrazioni di moto.

Secondo Schiff, esistono nel cervelletto apparati di rinforzo per le contrazioni muscolari, sono disposti nei due lati con simmetria ed è necessaria l'azione solidale degli apparati simmetrici perchè ogni singola contrazione necessaria in dato movimento riceva eguale rinforzo.

Secondo Schiff, lo strato attivo del cervelletto è il terzo inferiore della sua grossezza, le lesioni del terzo superiore sono innocue.

La mandibola e la coda sono costantemente fuori di qualsiasi influenza cerebellare.

Lesioni limitate producono alterazioni di movimenti parziali.

Bechterew. — **Rapporti funzionali tra le olive inferiori ed il cervelletto ed ufficio per mantenere l'equilibrio.** (*Pflüger's Archiv.* 29).

Le lesioni profonde del bulbo alla parte posteriore producono moti rotatori attorno l'asse del corpo coi sintomi propri della sezione dei peduncoli cerebellari. V' ha regione del midollo allungato la cui lesione produce gli stessi fenomeni della lesione dei peduncoli cerebellari posteriori.

L' Autore fece sperienze sul cane per conoscere l'origine dei fasci che vanno dal bulbo al cervelletto per i peduncoli posteriori; vide che questa era a livello dei corpi olivari, e che le lesioni profonde producevano il fenomeno di rotazione dell'animale attorno al suo asse.

Nel cane narcotizzato l' Autore volle distruggere le olive; vide che i sintomi erano gli stessi che per la sezione dei peduncoli cerebellari posteriori: cioè rotazione del capo attorno l' asse del corpo finchè la guancia corrispondente al lato leso volge al basso, la guancia opposta guarda in alto; l'occhio dal lato leso volge in basso ed infuori, l' altro in alto e dentro; vi ha nistagmo. Quando l' animale si rimise dall' atto operativo si hanno moti forzati di rotazione attorno all'asse del corpo, movimenti che avvengono per accessi.

Quando la distruzione delle olive fu incompleta, si vedono moti di caduta in alto, di ritorno, di maneggio e questi anche ad accessi.

Quando la distruzione fu completa dai due lati, si ha vertigine, perdita di equilibrio, moti oscillatori della testa e del tronco, nistagmo, impossibilità di marciare e di stare fermi.

Dunque le olive sono organi in relazione funzionale col cervelletto, come i canali semicircolari e la sostanza grigia centrale dell' infondibolo del terzo ventricolo.

Spesso si ha coincidenza dell' atrofia degli emisferi cerebellari con quella dei corpi olivari. Deiters già ammise l' ipotesi di legame tra le olive ed i peduncoli cerebellari. Secondo le osservazioni dell' Autore l'incrocicchio si fa non nel midollo allungato ma nel cervelletto, quindi

le olive sono organi, da cui le impressioni tattili periferiche sono portate al cervelletto, le impressioni uditive vi sono condotte dai canali semicircolari e le impressioni visive dalla sostanza grigia del pavimento del 4.° ventricolo; questi tre organi servono per l'equilibrio.

Exner. — **Modificazioni degli eccitamenti nel sistema nervoso centrale.** (*Pflüger Archiv.* 28).

Quando l'eccitamento d'una parte del sistema nervoso produce la soppressione o la diminuzione di attività d'un'altra parte, dicesi trattarsi di fenomeno d'inibizione.

L'eccitamento motorio d'un arto per l'azione di un centro motorio corticale provoca un fenomeno di transport sugli eccitamenti riflessi di questo arto. Così ponendo elettrodi sulle dita di coniglio narcotizzato e facendo irrompere correnti elettriche, la gamba eseguisce movimenti sincromi coll'eccitazione. Quando l'intensità dell'eccitamento è debolissimo, se si stimola la zona motrice corticale corrispondente ai movimenti di questo arto, si hanno allora movimenti molto marcati ed intensi. Se non si avesse in prima eccitato la zampa, il movimento sarebbe impossibile. L'eccitamento anteriore della zampa, la produzione di riflesso per eccitamento cutaneo aumenta di molto l'effetto dell'eccitamento del cervello.

Eccitamenti seguiti da movimento lasciano sussistere una disposizione a riflessi più facili. L'eccitamento d'una zampa può provocare moti riflessi nell'altra zampa; se allora simultaneamente od a debole intervallo si eccita la pelle dell'altra gamba, l'effetto è molto rinforzato.

Charcot e Pitres. — **Dottrina delle localizzazioni motrici nella corteccia degli emisferi cerebrali dell'uomo.** (*Revue de Médecine,* 1883).

La corteccia si deve dividere in zone motrici e non motrici; le lesioni della prima categoria provocano alterazioni permanenti al lato opposto del corpo.

La zona motrice comprende le circonvoluzioni frontale e parietale ascendente, ed il lobulo paracentrale. Le emiplegie totali di origine corticali sono prodotte da lesioni estese, le parziali da lesioni limitate. Le monoplegie brachio-frontali coincidono colle lesioni della metà inferiore delle circonvoluzioni ascendenti, le brachio-crurali con quelle della metà superiore, le paralisi facciali e linguali con l'estremità inferiore della circonvoluzione frontale ascendente, le brachiali col terzo medio della frontale ascendente e le crurali col punto limitato del lobulo paracentrale. Le lesioni distruttive della zona motrice l'accompagnano con contratture secondarie dei muscoli paralizzati e la degenerazione discendente del fascio piramidale. Le lesioni irritative della corteccia possono dare luogo a convulsioni epilettoidi. Le lesioni, che provocano fenomeni epilettiformi, risiedono vicino alla corteccia.

LUCIANI. — **Sull'eccitamento meccanico dei centri sensorio-motori della corteccia cerebrale.** Comunicazione al Congresso freniatrico di Voghera. (Vedi: *Ann. univ. Med.* Vol. CCLXVIII, p. 15).

L'estesa porzione di corteccia cerebrale introflessa nel solco crociato del cane è eccitabile colle correnti indotte al pari della corteccia esterna del giro sigmoideo e contiene come quest'ultima i centri sensorio-motori della cute e muscoli degli arti posteriori ed anteriori dell'opposto lato. Estendendo l'esplorazione alla corteccia introflessa nel solco crociato, questo fu sempre trovato eccitabile meccanicamente. Lo stimolo meccanico si faceva recidendo o sfondando in un punto mediano la aracnoide, che fa da ponte ed avvicinando i due lembi del solco crociato, e scorrendo con cucchiarino il solco, sì da raschiare la superficie introflessa. Così si hanno reazioni motorie negli arti del lato opposto, dell'arto posteriore eccitando la parte più interna e profonda, dell'arto anteriore eccitando la metà più esterna e superficiale del solco crociato.

Lo stimolo meccanico però esaurisce presto l'eccitabilità. Ora la corteccia esterna delle circonvoluzioni è meccanicamente ineccitabile, forse perchè lo stimolo meccanico non è molto intenso.

Dopo l'eccitamento meccanico si eseguì l'estirpazione dei due giri sigmoidei e della sostanza grigia introflessa nel solco crociato Dopo 4 o 5 giorni dell'operazione, l'animale è indebolito negli arti anteriori, paretico nei posteriori. La sensibilità tattile e termica è abolita nei quattro arti. La dolorifica è conservata negli arti anteriori, abolita nei posteriori.

Dopo 11 giorni si ha ritorno anzi esaltamento delle varie forme di sensibilità cutanea negli arti anteriori, persiste la paralisi del senso tattile ed indebolimento nel senso dolorifico negli arti posteriori.

Questi sono argomenti in favore della natura motoria dei centri corticali.

DE VARIGNY. — **Eccitabilità elettrica e periodo di eccitamento latente del cervello.** (*Comptes Rendus,* 1884 aprile).

Le ricerche furono fatte su cani anestizzati col cloralio. Injettando su cane in via di svegliarsi, piccola dose di cloralio per addormentarlo, i fenomeni osservati dal lato dell'eccitabilità cerebrale erano vari; se l'eccitabilità era poco diminuita, bastava aumentare di poco l'intensità della corrente elettrica per ottenere la stessa reazione motoria che prima. Se la diminuzione era più profonda si doveva allora aumentare il numero degli eccitamenti per secondi senza cangiare l'intensità della corrente, ed il numero degli eccitamenti.

In alcuni casi si vide che il cloralio poteva del tutto sopprimere la eccitabilità per qualche tempo.

L'eccitabilità cerebrale, che si manifesta dalla durata del periodo latente, si presenta sotto quattro forme differenti: fase di attività a pe-

riodo uniforme, fase di fatica a periodi crescenti, fase di risveglio della eccitabilità a periodi decrescenti, fasi d'irregolarità a periodi irregolari.

COUTY. — **Cervello motore.** (*Archives de Physiologie*, 1884).

L'eccitamento elettrico non agisce sulla sostanza grigia corticale ma sui fasci bianchi sottostanti, poichè l'eccitamento dei centri detti motori produce movimenti quando la sostanza corticale fu distrutta.

Secondo l'Autore il gyrus è zona sensibile, nell'arresto delle convulsioni che provoca la sua eterizzazione non si deve riconoscere che un fatto di anestesia locale. La sostanza bianca sottocorticale lasciata intatta è più sensibile della superficie corticale; quindi le fibre bianche diventano più eccitabili a misura si discende dalla superfice corticale verso i peduncoli.

Praticando la legatura delle quattro arterie encefaliche, carotidi e vertebrali, diviene l'animale quasi esangue, ciò nulla meno si possono determinare movimenti molto ampi elettrizzando le circonvoluzioni. Il curare nei primi periodi di sua azione lascia persistere la sensibilità del cervello; più tardi quando la curarizzazione è completa, gli effetti dell'elettrizzazione del cervello variano come gli effetti dell'elettrizzazione dell'estremo centrale dello sciatico. La stricnina non aumenta la sensibilità e l'eccito-motricità bulbo midollare, modifica solo la forma di reazione sostituendo le convulsioni a forme più semplici. Nei diversi periodi degli effetti della stricnina l'eccitabilità del cervello e dei nervi periferici variano nello stesso senso. Così per azione del cloralio l'eccitabilità del cervello e dello sciatico si perdono nel tempo stesso; il cervello eccitato agisce sui muscoli per intermezzo del midollo. L'alcool iniettato nelle vene e sotto la pelle aumenta l'eccitabilità del cervello, dopo questo primo periodo diminuiscono. Dando nuovo, alcool il cervello perde la sua eccitabilità del pari che lo sciatico.

Nelle varie intossicazioni, l'eccitabilità del cervello varia come quella dello sciatico cioè come un nervo periferico. Nel midollo e nel bulbo si deve cercare il punto di partenza comune di questi vari movimenti. La paralisi dei movimenti di relazione avvengono per intermezzo del midollo. Il midollo privato di sangue conserva le sue funzioni di vie di passaggio ma cessa la sua azione di organo attivo di moto e di sensibilità.

Con sperienza l'Autore dimostra le convulsioni essere fenomene midollare. Il cervello motorio è apparato periferico, i cui atti riflessi risvegliano la funzione dei centri bulbo-midollari.

LABORDE e BROWN-SÉQUARD. — **Rapporti fisiologici del n do vitale e dei movimenti respiratori.** (*Société de Biologie*, 1883).

Laborde eccitando superficialmente per 2'-3' il becco del calamo, ottiene l'arresto del respiro mentre il cuore continua a pulsare. L'Autore si domanda se questo avvenga per azione diretta o per azione ri-

flessa, e conclude che è per azione diretta. Mette fuori causa l'intervento del vago o le parti encefaliche sotto il bulbo.

La sezione dei peduncoli cerebrali colla lesione dei nervi vaghi non impedisce le ferite superficiali del becco del calamo per produrre l'arresto respiratorio.

Brown-Séquard dimostrò fino dal 1858 che il nodo vitale non ha la importanza datagli da Flourens; non v'ha centro respiratorio localizzato, si può togliere la parte della sostanza grigia al livello del becco senza che il respiro sia arrestato. L'eccitamento di questo punto sospende i movimenti del respiro, siccome può farlo una puntura di spillo. È certo che esiste vicino al bulbo una regione, che ha più potere delle altre a determinare l'arresto del respiro e questa corrisponde al focolajo di origine dello spinale, la sua integrità non è indispensabile ed il centro del respiro si estende a parte considerevole del midollo cervicale.

Axenfeld. — **I movimenti del fluido cerebro spinale interno.** (*Gazz. degli Ospedali,* 1884).

Le membrane del cervello e del midollo spinale formano tre spazi empiti di liquido: quello sotto la dura madre, sotto l'aracnoide ed il canale centrale del midollo col suo prolungamento nel cervello. Spaccando la dura madre fino al cervelletto l'Autore non constatò il moto del liquido cerebro spinale interno traverso il foramen Magendie.

Tenendo conto dell'epitelio vibratile, che trovasi nel canale centrale del midollo spinale, colla polvere di carbone o di cinabro studiò la direzione del liquido.

Il canale centrale insieme ai ventricoli forma uno spazio chiuso con poche aperture riunite nel 4.° ventricolo.

Per ogni espirazione il liquido cerebro-spinale centrale discende dai ventricoli laterali del cervello ad ascende dal filo terminale del midollo verso il quarto ventricolo. Per ogni inspirazione il movimento si compie in direzioni opposte prendendo il quarto ventricolo quale punto di partenza.

Mendelssohn. — **Diretta eccitabilità dei cordoni anteriori del midollo spinale.** (*Du Bois Reymond's Archiv.* 1883).

La reazione, che succede per l'eccitamento del cordone anteriore, è più rapida di quella che succede per l'eccitamento del cordone posteriore. L'eccitamento dei cordoni posteriori produce moto riflesso, la contrazione muscolare prodotta dall'eccitamento dei cordoni anteriori succede per eccitamento diretto. La differenza nel tempo di reazione varia da 0,01 a 0,025 di secondi, corrispondente alla durata della direzione trasversale del midollo spinale. Per eccitare i cordoni anteriori bastano minime forze di correnti. Nella forma della curva non si ebbero differenze.

SCHIFF. — **Sensibilità dei cordoni anteriori del midollo spinale nei vertebrati inferiori.** (*Archives des sciences physiques et naturelles*, 1884).

Nei mammiferi, le radici anteriori del midollo spinale posseggono sensibilità, che è loro comunicata dalle radici posteriori; sensibilità, non riconosciuta nelle rane; anche quando si esaminano d'inverno e sopra individui molto sensibili; i cordoni anteriori posseggono grande sensibilità.

Schiff ammette l'esistenza di fibre sensibili, che indipendenti dalle radici vanno dall'interno del midollo verso i cordoni anteriori sicchè sono dotati di sensibilità. Nelle rane ammette siano nervi intracentrali, che mancano nei mammiferi.

I cordoni laterali del midollo di rane non hanno traccie di sensibilità.

A. MARCACCI. — **Influenza del ramo linguale del trigemino nella formazione della linfa nella lingua.** (*Archives de biologie italienne*, 1883).

L'iperemia passiva di capillari per la difficoltà della corrente venosa produce linfa. In generale si dubita che l'iperemia arteriosa aumenti la formazione di linfa. L'Autore studiò se per l'eccitamento d'un nervo si poteva produrre aumento della formazione della linfa nel parenchima dei tessuti da esso innervato. Confermò la proposizione di Ostroumoff: che tetanizzando a lungo il ramo linguale a corti intervalli si produce oltre che rossore congestizio una tumefazione del lato, che corrisponde all'eccitamento, la lingua divien più larga e grossa nel diametro antero-posteriore, le vene si gonfiano. Sospeso l'eccitamento, il rossore diminuisce, il volume si fa minore. Alla sezione cadaverica la parte eccitata si vede più umida, lucente; cola liquido che sembra linfa. Ecco un esempio dell'influenza dei nervi sulla secrezione della linfa.

C. FELLHER. — **Ricerche sui nervi di movimento e dei nervi frenici del retto.** (*Wiener Med. Presse*, 1883).

I nervi motori decorrono per le fibre muscolari longitudinali.

Il retto possiede due specie di nervi frenici per i muscoli longitudinali e circolari.

I nervi frenici decorrono talvolta in via separata ed invero le fibre nervose motorie sono riunite per un sistema di fibre coi nervi frenici e per il sistema di fibre antagoniste in uno stesso tronco nervoso.

L'azione dei nervi frenici produce diminuzione ed abolizione del tono. L'ccitamento elettrico del nervo frenico produce allargamento del retto e frena i movimenti spontanei.

L'effetto dell'eccitamento elettrico di un nervo motorio viene neutralizzato dall'eccitante del nervo frenico. V'ha rapporto antagonista fra i due nervi di un sistema di fibre.

DASTRE e MORAT. — **Nervi vaso-dilatatori dell' estremità inferiore.** (*Comptes Rendus*, 1883).

L'innervazione dei vasi dell'arto inferiore diede luogo a grande numero di ricerche, i cui risultati finora furono contradditori; gli uni asserivano che esistono solo nervi costrittori dell'arto inferiore; altri trovavano nello sciatico solo filamenti vaso-dilatatori; altri infine negavano tali elementi.

Per spiegare tali contraddizioni gli autori cercarono di seguire i nervi fino alla loro origine midollare. Lo sciatico viene descritto quale terminazione del plesso sacrale; perciò gli autori esaminarono il tronco sciatico, la catena lombare simpatica, la catena toracica nella sua parte inferiore.

L' esplorazione fisiologica poi si fece col metodo coloriscopico cioè col cambiamento di colore di una regione non pigmentata, come il polpastrello digitale di giovani cani, e col metodo manometrico per scrivere la pressione nell'arteria in corrispondenza del nervo eccitato.

Eccitando il nervo sciatico nel cane si ha un' elevazione locale di pressione nell'arteria crurale. Al popastrello delle dita si ha invece ora dilatazione, ora stringimento vasale. Il primo processo indica effetto totale di costrizione, il secondo una dilatazione parziale; i nervi costrittori dello sciatico sono in numero maggiore dei loro antagonisti.

Coloro che si attennero al metodo coloriscopico videro dilatazione oppure stringimento, quelli che si attennero solo alla misura di pressione videro solo effetto costrittore. Gli uni e gli altri trassero conclusioni troppo assolute. La mescolanza delle due categorie dei nervi, e la proporzione diversa della mescolanza dimostra la diversità dei risultati.

Tagliando la catena lombare simpatica a livello del quarto ganglio ed eccitando l' estremità periferica, si osserva aumento di pressione, e dilatazione vasale più frequente.

Eccitando il simpatico toracico sopra il diaframma si aumenta la pressione femorale.

L' effetto manometrico, eccitando la catena toracica od addominale, dimostra elevazione di pressione, quindi un effetto costrittore totale. La parte inferiore della catena toracica presiede allo stringimento dei vasi della maggior parte dell'arto, ed alla dilatazione di alcune parti.

Infine, l'eccitamento del segmento superiore (simpatico toraco-addominale) provoca una dilatazione vasale costante; il segmento medio (simpatico lombare) provoca una dilatazione vasale meno costante; il segmento inferiore (tronco sciatico) provoca una dilatazione vasale più rara ancora.

Quanto più uno si avvicina al midollo, i dilatatori vasali divengono evidenti, e tendono a predominare sui loro antagonisti; la loro azione si fa minore mano mano si discende verso i vasi.

REDARD. — **Temperatura degli arti dopo l'allungamento dei nervi periferici.** (*Societé de biologie*, 1883).

Co' metodo termo-elettrico, negli animali, dopo l'allungamento del nervo sciatico, l'Autore vide diminuire la temperatura dell'arto per due, tre mesi. Dal lato illeso la temperatura pure si abbassa ma con intensità e durata minore, questo proverebbe che l'allungamento del nervo non produce effetti sul sistema nervoso centrale.

FRANK e PITRES. — **Ricerche sulle convulsioni epilettiformi di origini corticali.** (*Archives de physiologie*, 1883).

L'epilessia corticale può essere provocata facilmente nel gatto, cane, scimia, meno facilmente nel coniglio e porcellino d'India, non si ottenne negli uccelli, batraci, pesci. Gli eccitamenti elettrici delle circonvoluzioni sono i mezzi più efficaci per provocare tali convulsioni, ma possono pure servire gli eccitamenti meccanici o chimici. I traumatismi cerebrali non producono convulsioni immediate, ma tardive, appajono dopo la cicatrice dei tegumenti. Tali convulsioni tardive si osservavano nel gatto, scimia e cane.

Ogni eccitamento di un punto qualsiasi di sostanza grigia corticale può produrre convulsioni epilettiformi; sembra che la zona corticale epileptogena si confonda colla zona corticale motrice, perchè gli eccitamenti di questo ultimo punto producono convulsioni più forti e più generali. Togliendo la zona motrice, l'eccitamento del resto della sostanza grigia non produce convulsioni epilettiformi. Gli eccitamenti della sostanza bianca sottogiacente ai centri motori corticali, quelli del corpo striato, del talamo ottico, della capsula interna non determinano vere convulsioni epilettiformi. L'attività degli eccitamenti capaci di provocare gli accessi epilettiformi è in rapporto col grado di eccitabilità dei centri nervosi. Tale eccitabilità è aumentata dalla stricnina, atropina, cannabina e per l'irritazione flogistica degli elementi nervosi, è diminuita per l'inalazione di etere, cloroformio, per injezione di cloralio e le polverizzazioni locali di etere sulla sostanza grigia corticale. Può avvenire l'ineccitabilità cerebrale per emorragia meningea. L'eccitabilità persiste nel sonno morfinico, nell'intossicamento alcoolico acuto, non sembra diminuire per l'uso del bromuro di potassio ad alte dosi. Le facoltà epileptogene della corteccia cerebrale diminuiscono per il raffreddamento.

Dopo il 4.°, 5.° giorno che la sostanza bianca sottogiacente al centro fu tolta, perde la sua eccitabilità. Le lesioni distruttive della corteccia sono incapaci di produrre attacco epilettico, questo si produce per la irritazione attorno le lesioni. In molti animali nel momento della loro nascita non esiste zona epileptogena e motrice. L'epilepsia per traumatismo cerebrale può essere trasmessa per eredità senza che nei figli si trovi lesione cerebrale apprezzabile.

L'attacco epilettiforme si compone di una fase tetanica e di una clonica.

Gli agenti che pajono diminuire la durata degli attacchi sono l'asfissia, gli anestetici, il cloralio per injezioni intravenose, le polverizzazioni di etere prima dell'eccitamento.

L'eccitamento della corteccia provoca le convulsioni, ma è il midollo, la protuberanza ed il bulbo che sono gli organi delle convulsioni. L'epilessia corticale provocata sperimentalmente nel cane, è fenomeno simile nella sua natura e nelle sue manifestazioni esterne all'epilessia corticale che si osserva nell'uomo.

F. Frank e Pitres. — **Soppressione degli accessi epilettiformi di origine corticale per la perfrigerazione della zona motrice del cervello di cane.** (*Société de Biologie*, 1883).

Nell'epilessia di origine corticale si ha perdita momentanea dell'attitudine della zona motrice di provocare accessi epilettiformi quando questa si sottomette a sufficiente perfrigerazione. Si ottenne questo scopo polverizzando dell'etere sulla zona motrice posta allo scoperto. Fra la temperatura di + 6° e 0° gli eccitamenti elettrici, che prima provocavano accessi epilettiformi, sono incapaci in questa nuova condizione a produrli; cessata poi la polverizzazione, si ristabiliva l'attività epilettogena. Viene poi esclusa la possibilità della disorganizzazione della corteccia, per azione dell'etere. Quando si fa la perfrigerazione della zona epilettogena in un emisfero cerebrale, se si eccita la zona motrice dell'altro emisfero, l'epilessia si sviluppa come prima, il che indica che il midollo allungato non subì dalla perfrigerazione di un emisfero alcuna azione inibitoria e la soppressione delle convulsioni dopo la perfrigerazione si deve a modificazione locale della corteccia del cervello, che gli autori considerano quale vera area epilettogena.

Steiner. — **Influenza della temperatura sulla corrente nervosa e velocità di propagazione della sua oscillazione negativa.** (*Du Bois Reymond's Archiv.* 1883).

La forza elettro-motrice della corrente nervosa sotto l'azione della temperatura vitale possiede un limite di temperatura vitale massimo, che sta fra 13° e 24° C. Ora l'Autore trovò lo stesso massimo di temperatura anche per la velocità di propagazione dell'oscillazione negativa. Giacchè Troitzky trovò lo stesso massimo di temperatura anche per la propagazione dell'eccitamento del nervo, si ha così nuova dimostrazione che la velocità di eccitamento e l'oscillazione negativa sono processi identici.

Ochorowicz. — **Senso del tatto e senso del magnetismo.** (*Revue scientifique*, 1883).

Thompson vorrebbe ai cinque sensi di Aristotile aggiungere un sesto cioè il senso magnetico. Si tratta di esaminare se un'elettro-calamita di grande potenza non produca effetto percettibile sull'animale o sulla

pianta, producendo senso diverso dal calore, dalla forza o da altra sensazione.

La domanda di Thompson è la seguente: v'ha un senso particolare per le sensazioni magnetiche diverso da quello conosciuto finora? V'ha un'azione di magnetismo sull'economia animale o vegetale? se v'ha tale azione, sarebbe essa di natura magnetica o di altra sconosciuta?

L'Autore conclude: esistere una dipendenza inseparabile fra la facoltà di essere influenzato dalla corrente e la sensibilità ipnotica. Tutte le persone che subiscono tale azione sono ipnotizzabili.

BLOCH. — **Velocità comparativa delle trasmissioni visive, uditive, e tattili.** (*Société de biologie*, 1883).

Paragonando l'udito alla visione, l'Autore si serve della simultaneità delle sensazioni per giudicare della velocità di loro trasmissione. Calcolando che la persistenza della visione per l'oggetto luminoso è $^{12}/_{250}$ di secondi, egli trovò simultaneità quando il suono vi arriva prima di $^{7}/_{250}$ di secondi e quando l'eccitamento visivo precede il suono fino a $^{9}/_{250}$ di secondi.

Quindi pone le equazioni: $S + \frac{1}{84} = \frac{y}{250} + v$

$$v + \frac{12}{250} = \frac{9}{250} + y$$

donde la media $S = v + \frac{1}{72}$

Sperimentando direttamente per mezzo di due eccitamenti l'uno visivo, l'altro tattile, è possibile di controllare il risultato del calcolo.

L'Autore conclude dalle tre sensazioni fisiche, che la visione è la più rapida; dopo viene il suono, la cui trasmissione dura $^{1}/_{72}$ di secondi di più della trasmissione visiva, infine il tatto sulla mano, la cui trasmissione dura $^{1}/_{21}$ di più della trasmissione visiva.

L'Autore crede che la parola equazione personale non debba essere usata che quando si tratta di risposta volontaria ad un eccitamento sensoriale. Propone di chiamare limite di apprezzamento l'intervallo irreducibile ed impersonale, che dipende dalle azioni combinate delle trasmissioni e delle persistenze.

GRIFFINI. — **Della riproduzione degli organi gustatori.** (*Gazzetta degli Ospedali*, 1884).

Le sperienze dell'Autore dimostrano la possibilità della riproduzione dell'organo del gusto.

Esportando l'apparecchio fogliato del coniglio, e delle papille circonvallate dalla lingua in un cane, ha luogo la loro riproduzione.

Bianchi A. — **Fisiologia dello scrivere.** (*Giornale di Neuropatologia*, 1883).

Ogni popolo traccia i caratteri colla destra, sia per preponderanza di struttura, sia per effetto dell'abitudine o dell'educazione; pure mentre i popoli asiatici scrivono dall'alto in basso, da sinistra a destra, i semiti e gli ariani tracciano i loro scritti in linee una sotto l'altra, ma gli uni da destra a sinistra, gli altri da sinistra a destra offrendo gli uni lo scritto centripedo, gli altri il centrifugo.

Il fatto psichico meccanico dello scrivere si esegue per meccanismo riflesso come quello della parola; sono i muscoli della mano che eseguiscono gli atti riflessi e la sensazione viene per lo più dall' organo visivo, sebbene anche l'uditivo vi prenda parte. Per scrivere, il ragazzo deve vedere i segni e l'udito deve apprendere che cosa esprima quella data linea.

L'impressione ottica è necessaria per imparare a scrivere e svegliare l'attività delle cellule motrici in rapporto coi muscoli della mano, che forse sono nello stesso punto del centro della parola. Casi patologici mostrano potere essere lesione sia del linguaggio scritto che del parlato, in altri v'ha lesione del linguaggio parlato mentre è integro quello scritto.

Invece delle sensazioni uditive e delle visive si possono avere correnti intellettive, che recate al centro midollare possono dare attività ai muscoli delle dita ed alla scrittura. Tre possono essere le sorgenti delle impressioni, che si possono tradurre in linguaggio scritto: le visive, le uditive e le intellettive. Le tattili possono supplire in parte le visive in casi eccezionali e dopo lunga abitudine; le intellettive sono indispensabili ad una buona, regolare e sensata scrittura. Collocare nel cervello un centro per la coordinazione dei moti necessari a scrivere, è cosa ragionevole, ma Woroschiloff crede sia nel midollo presso il rigonfiamento cervicale giacchè vide in un cane essere qui il centro per i moti associati delle estremità anteriori e posteriori.

Per ben spiegare il meccanismo dello scrivere è impotente la fisiologia comparata; quindi l'esatto studio clinico dei casi di lesioni centrali con alterazioni della parola scritta, può dare luce al fenomeno stesso, sostituendo una teoria su basi solide.

Lo strumento, con cui si tracciano i segni scritti, deve essere fissato dai flessori dei tre primi diti, poi la mano tutta deve essere riunita per l'azione dei flessori e degli interossei, infine alla mano deve imprimersi moto regolare, preciso che nei popoli ariani va da sinistra a destra, dovuto ad un estendersi del polso e dell'avambraccio ad una rotazione ed abduzione del braccio.

Burckhardt con un miografo esplorando i tre gruppi dei muscoli che servono per scrivere, vide che gli interossei possono stringere la penna e tracciare la lettera, i lunghi estensori li aiutano nei moti più estesi e mantengono la semiflessione della mano, ed i lunghi fle[illegible]n-

scoli dell'eminenza ipotenare sono gli antagonisti degli interossei agendo solo col fissare la mano e colla formazione delle lettere, che si prolungano al di sotto della linea orizzontale, in cui sono tracciate le altre. L'atto dello scrivere offre azione tonica (fissazione della mano e della penna) ed un moto clonico (formazione dei caratteri).

Perchè sia normale, deve avere regolarità nella trasmissione delle impressioni psichiche, uniforme distribuzione degli eccitamenti nervosi nei gruppi muscolari e precisione nella reazione di questi muscoli.

La formazione di una lettera scritta suppone che i moti delle dita e della mano, insieme all' eccitazione psichica formino sul cervello impressione figurativa, la quale ricevuta spesso dalla memoria, diminuisca poco a poco il tempo necessario a produrre azione, che infine diviene incosciente.

La calligrafia d' un ragazzo, che comincia a scrivere, è diversa da quella di provetto scrittore rispetto alle formazioni delle lettere e delle parole; sono numerosi gli errori derivanti da soppressione od aggiunta di lettere alle varie parole. Gli errori fisiologici della scrittura poco a poco vanno dileguandosi, e nell' adulto istruito scompajono del tutto, rimangono nell'adulto, che ha poca capacità o poca pratica dello scrivere.

Al declinare della vita per lo più la scrittura tende a riprendere la forma primitiva, ridiviene tremula, irregolare. Quindi fisiologicamente la scrittura può offrire alterazioni corrispondenti alla esecuzione meccanica solo od alla sua elaborazione psichica. Il bambino ed il vecchio sono due termini fisiologici, che hanno molto del patologico rispetto alla scrittura stessa. Nel bambino si ha un' azione progressivamente crescente dei centri, che presiedono alla scrittura, nel vecchio un progressivo loro indebolimento.

Kronecker e Schmey. — **Centri di coordinazione dei movimenti dei ventricoli del cuore.** (*Sitzungsberichte der Akademie der wissenschaften zur Berlin,* 1883).

Volkmann nel 1884, vide che un ventricolo di cuore di rana isolato, spaccato nella sua lunghezza dalla base all' apice, cessa di pulsare in modo coordinato se il taglio sorpassa i 3|4 dell' asse longitudinale; le metà pulsano con ritmo diverso. Ludwig e Hoff nel 1850 videro che un pezzo di cuore di rana conservato nel sangue di rana per 20-30 minuti, eccitato con ago, può riprendere i suoi movimenti. Bidder nel 1852, vi riconobbe dei centri per i moti riflessi.

Munk nel 1861, diceva i gangli del ventricolo essere alla metà del margine superiore del ventricolo, i gangli dell'atrio nella parete di separazione, i gangli del bulbo alla metà inferiore del bulbo.

Löwit descrisse il ganglio del bulbo, Engelmann dimostrò ne 1882 che il bulbo aortico del cuore di rana non ha gangli.

Wooldridge nel 1883, studiò il nervo dei ventricoli del cuore dei mammifari e concluse che i nervi del ventricolo non si debbano conside-

rare come motori nello stretto senso della parola, ma sensibili per il polso e la pressione sanguigna.

Le vie, per cui gli eccitamenti coordinati vanno al ventricolo, finora sono rimaste oscure.

Da sperienze fatte dagli autori sui cuori di cani e conigli dedussero che la distruzione di un piccolo punto non ben limitato e determinate anatomicamente nel limite inferiore del terzo superiore della punta del ventricolo produce la paralisi del ventricolo del cuore. Qui deve trovarsi un punto d'incrocicchio delle vie d'innervazione, che normalmente serve quale centro di coordinazione per i muscoli del ventricolo del cuore e favorisce il polso. Quando questo sistema è decomposto, il reticolo muscolare lavora ma in modo ineguale.

FRANK. — **Nervi sensitivi del cuore.** (*Société de biologie,* 1883).

Eccitando l'estremità centrale del nervo di Cyon, si dilatano le vie della circolazione periferica e si rallenta l'energia ed il numero dei battiti cardiaci. Il cuore può quindi fino ad un certo punto regolare il suo proprio lavoro e non spendere una forza superiore a quella, che può normalmente fornire, può diminuire la sua attività, restringere il suo compito.

L'apparato nervoso, di cui Frank scoperse l'esistenza, avrebbe azione contraria, serra i vasi della periferia, accelera le contrazioni del miocardio.

In vero sezionati i nervi di Cyon, basta toccare dolcemente l'endocardio ventricolare per aversi manifesto acceleramento dei battiti e la contrazione dei piccoli vasi periferici.

È ignota all'Autore quale sia la strada di conducimento centripedo, che persiste a tali reazioni. I due fenomeni, acceleramento dei battiti e chiusura dei vasi non sono in modo indissolubile legati l'uno all'altro.

MAREY. — **Ectopia congenita di cuore.** (*Academie de Medecine de Paris,* 1883).

Lo studio fu eseguito su donna, che presenta una bifidità congenita dello sterno e del diaframma. La perdita di sostanza dello sterno permette di vedere sotto la pelle i ventricoli, il cui asse maggiore è quasi verticale; il ventricolo destro è accessibile alla vista. La flacidezza della pelle permette di afferrare nelle mani la massa ventricolare. Si sente un soffio sistolico in rapporto all'origine aortica. Dalla pulsazione del cuore si riconosce esservi rapporto colla sistole del ventricolo. I mezzi grafici dimostrano il sincronismo dei movimenti dei due ventricoli anche quando si provoca irregolarità del loro ritmo, la pulsazione coincide colla diminuzione del volume dei ventricoli e colla fase sistolica dei ventricoli.

Gli ostacoli portati alla circolazione generale e polmonare, producono gli stessi fenomeni nella pulsazione del cuore, di cui modificano il carat-

tere. Si osserva il polso tracheale come negli animali, a cui siasi aperto il pericardio. I risultati delle esperienze fisiologiche fatte sui grandi mammiferi, sono trasportabili a quelli del meccanismo della circolazione dell'uomo.

ENGELMANN, HARTOG e VERHOEFF. — **Il bulbo aortico del cuore di rana.** (*Pflüger's Archiv*, 29.

Engelmann dimostrò che nel bulbo dell'aorta non trovasi il ganglio nervoso descritto da Löwit. Separato il bulbo dal resto del cuore ed empito di siero sanguigno sotto la pressione di 5-20 millimetri di mercurio si vedono le contrazioni persistere per certo tempo con ritmo particolare. Il bulbo reagisce alle correnti medie con serie di contrazioni, Fra l'apice del cuore ed il bulbo v' ha differenza: il riposo non si produce tosto dopo l'isolamento del bulbo, ma più tardi.

Per eccitamento rapido ed unico il bulbo produce serie di contrazioni; se l'eccitamento è debole v' ha una sola contrazione. Facendo una serie di sezioni per modo d' avere una massa muscolare composta di frammenti aderenti gli uni agli altri, l'eccitamento d'un punto si estende agli altri. La muscolatura del bulbo forma massa unica, conduttrice del tessuto contrattile.

Cogli eccitamenti consecutivi e numerosi si trovano gli stessi fatti che coll'apice del cuore.

L'elevata temperatura accresce la frequenza del battito. Se è sopra dei 35° le pulsazioni sono dicrote, sopra i 40° sono tricrote. Il massimo di temperatura sopportabile è di 45°; è mortale quella di 48°. Sotto la pressione da 0° a 40° millimetri di mercurio, la frequenza dei battiti cresce colla pressione.

WEDENSKII. — **Segni telefonici nel cuore per eccitamento del vago.** (*Centralblatt für die medicinische Wissenschaften*).

Eccitando il vago con deboli correnti che solo rallentano le pulsazioni, si osserva nel telefono una serie di brevi toni, che corrispondono ai periodi del cuore, la cui altezza è in rapporto a quella dell'indotta.

Questo segno telefonico pel suo carattere deve essere riguardato quale un tono muscolare e giacchè l' altezza di questo coincide colla frequenza dell' eccitamento artificiale, così si può questo tono muscolare riguardare quale un tono cardiaco artificiale.

Il vago viene eccitato fortemente, il cuore si arresta, durante il riposo non si percepisce tono.

Dopo l'injezione di atropina e quindi dopo la paralisi delle fibre freniche del vago, l'eccitamento per ogni grado di forza produce il tono artificiale.

Basch. — **Sfigmomanometro metallico.** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1883).

Modificò l'Autore il suo primo apparecchio ed invece di un bottone fluido con cui comprimere l'arteria, si serve d'un ordinario manometro a mercurio. La colonna di mercurio fornisce notizie sulla pressione e sulla misura della pressione. L'istrumento nuovo usato dall'Autore è trasportabile.

F. Klug. — **Ricerche sulla contrazione del cuore ed il cardiagramma.** (*Du Bois Reymond's Archiv.* 1883).

Fra le curve di contrazione del cuore di rana e del cuore di mammiferi non v'ha differenza essenziale; l'Autore confermò che il cardiogramma del cuore di mammiferi corrisponde a quello della rana.

Dastre e Morat. — **Influenza del sangue asfittico sull'apparato nervoso della circolazione.** (*Archives de Physiologie*, 1883).

Il sangue insufficientemente ossigenato costituisce un forte eccitante dei centri nervosi e dei nervi centrifugi. Si ammise che l'accumulo di acido carbonico nel sangue produce convulsioni asfittiche, ma oggidì si crede che alla mancanza di ossigeno debbansi ascrivere le convulsioni. Quando la proporzione di ossigeno aumenta molto nel sangue asfittico, si ha apnea, quando diminuisce, si ha dispnea.

Secondo Luchsinger, il sangue asfittico eccita i centri vaso-motori encefalo-rachidei e si dimostra l'effetto nella pressione sanguigna. La azione del sangue asfittico sul cuore ha due fasi una atassica, l'altra paralitica. La prima riconosce quali cause l'elemento meccanico e l'azione diretta del sangue nero, la seconda è risultato dell'azione predominante del sangue nero sui nervi del cuore e sul cuore stesso. Se il cuore rallenta i suoi battiti poscia si arresta, ciò dipende dacchè l'apparato motorio è molto eccitato, e la natura attiva di tali fenomeni si attribuisce ad eccitamento del vago, non a vera paralisi. Nelle condizioni ordinarie e nel maggiore numero dei casi, l'integrità dei vaghi ritarda il momento della morte. Si dimostrò che il sistema acceleratore cardiaco nell'asfissia è messo in attività del pari che il sistema moderatore.

L'acceleramento del cuore tosto dopo la sezione dei vaghi è tale che alle volte è difficile che l'eccitamento asfittico abbia aggiunto qualcosa epperciò devesi fare l'esperienza passato il momento della sezione del vago. Nell'asfissia l'avvantaggio resta al sistema moderatore poichè il cuore si rallenta e cade in sincope.

L'azione del sangue nero agisce sui centri nervosi extra-cardiaci moderatori ed acceleratori; la sua azione è tardiva, l'eccitamento dei moderatori è superiore a quello degli antagonisti; il cuore cade per un tempo in diastole, il che è fenomeno attivo.

La sezione del pneumogastrico permette al cuore di riprendere i

suoi battiti che sono precipitati e tale acceleramento traduca lo stato di stimolo asfittico dei centri acceleratori midollari mascherato dall'azione antagonistica del vago. Si può pure ammettere un centro nervoso intracardiaco, ma il suo effetto è oscuro.

Il sangue nero provoca dilatazione considerevole dei vasi dell' orecchietta.

Il sangue asfittico è un eccitante di tutti i tessuti, colpisce il sistema nervoso della vita animale ed organica.

Dal lato del cuore l'asfissia produce rallentamento dei battiti, tendenza alla sincope; per i vasi della pelle si ha dilatazione, per i vasi dell'intestino, dei visceri dell'addome si ha effetto costrittore.

Tale bilancio fra la circolazione della cute e quello dei visceri si manifesta indipendente dall'eccitamento asfittico, come quando si eccitano i nervi cutanei.

La circolazione, secondo gli autori, si regolerebbe per un riflesso automatico.

BIZZOZERO e TORRE. — **Sulla produzione dei globuli rossi nelle varie classi di vertebrati.** (*Archivio per le scienze mediche*, V. 7, 1884).

Dagli accuratissimi studi fatti dagli autori, risulta che in tutti i vertebrati adulti ha luogo una continua produzione di globuli rossi per scissione indiretta di forme giovani di globuli rossi preesistenti.

In tutti i vertebrati adulti esistono organi speciali, che debbonsi considerare quali focolai, in cui specialmente si compie la produzione di nuovi globuli rossi. Questi organi sarebbero rappresentati per i mammiferi, gli uccelli, i rettili e gli anfibi anuri dal midollo delle ossa; per gli anfibi scrodali dalla milza e pei pesci non solo dalla milza, ma anche da quel parenchima linfoide, il quale in questi animali occupa una parte più o meno grande del rene. Nei vertebrati inferiori (rettili, anfibi e pesci) il sangue circolante presenta quella particolarità, che allo stato embrionale si osserva nel sangue di tutti i vertebrati, contiene cioè in maggiore o minore numero dei globuli rossi giovani e delle forme di scissione indiretta. Ma sì gli uni come le altre si trovano sempre in numero notevolmente minore che non negli organi, che formano per i divesi ordini degli animali il relativo focolajo ematopoetico.

Questo ricordo per così dire dello stato embrionale del sangue circolante, diventa più spiccato in quegli animali che furono soggetti ad emorragie e per contro si va facendo meno appariscente o scompare quasi affatto sotto quelle condizioni (mancanza od insufficenza di nutrimento, stato di cattività, ecc.), che inducono una diminuzione della attività generale dell'organismo.

LAVDOWSKI. — **Sul terzo elemento del sangue dell'uomo e degli animali.** (*Il Medico*, 1883 e *Gazzetta degli Ospedali*, 1883).

L'Autore confermò che nel sangue circolante degli animali vivi (cane, gatto, cavia, ratto, coniglio e rana) si trovano le piastrine di Bizzozero, che presentano forma rotonda od elittica secondo che sono viste di faccia o di coltello.

Per l'esame delle piastrine degli animali e dell'uomo l'Autore usa una soluzione dell'1-1,5 0|0 di acido osmico.

La misura delle piastrine dell'uomo è di 3,2-4,8 μ, nel cane di 2,9-4,6 μ, nella cavia 2,5-3,5 μ, nel gatto 2,3-3,3 μ, nel ratto 2,2-2,9 μ, nel coniglio 2,0-2,5 μ nella rana 11-13 μ.

Nel sangue appena estratto, le piastrine si fanno granellose, progredendo la coagulazione, i filamenti si fanno più palesi, lunghi, s'intrecciano in rete, si mantengono apprezzati a piccoli centri. L'Autore conferma la osservazione di Bizzozero che in nessun caso i filamenti fibrinosi partano dai globuli bianchi, e che durante il coagulo non ha luogo la distruzione dei globuli bianchi. Questi hanno parte secondaria nella coagulazione del sangue.

Le piastrine degli animali a sangue freddo non sono analoghe a quelle dei mammiferi. Hanno un nucleo, sono vere cellule. Nella rana la fibrina si forma attorno a centri, che si possono riconoscere costituiti da piastrine.

OLLIVIER e RICHET. — **Microbi nel sangue normale** (*Société de biologie*, 1883).

Il sangue ed i liquidi linfatici possono contenere nello stato normale un piccolo numero di microbi. Abbandonando all'aria libera la linfa di questi animali, il liquido assume presto cattivo odore, il microscopio vi riconosce i bacteri della putrefazione. Conservando questa linfa fuori dell'aria, conserva la sua trasparenza e contiene frattanto dei bacteri. Il sangue raccolto nel cuore con tutte le precauzioni del metodo di Pasteur, ne contiene pure. Gli autori però non poterono coltivare tali bacteri.

SANQUIRICO. — **Trasfusione di sangue defibrinato.** (*Archives de biologie italienne*, 1883).

La convulsione, che viene al termine di forte e rapida emorragia è carattere certo di morte vicina.

L'emorragie che l'Autore procurava nelle sue sperienze erano lente, quando la perdita di sangue era 1|20 del peso del corpo, se si aveva cessazione del respiro o del circolo con tetano di muscoli della mascella, per lo più si aveva la morte, se non si faceva tosto la trasfusione di sangue defibrinato.

La risurrezione per la trasfusione di sangue defibrinato non è pas-

seggera, ma duratura, e questo è una verità che contraddice la contraria affermazione di Hayem.

Nel sangue defibrinato non ha luogo la distruzione dei globuli siccome asserisce Hayem, la vitalità dei suoi elementi perdura in modo che possono mescolarsi a quelli di altro sangue e che concorrono alla nutrizione dell'organismo, in cui sono stati innestati; quindi la trasfusione di sangue può essere usata quando abbiamo bisogno di tale risorsa terapeutica.

Hayem. — **Trasfusione peritoneale.** (*Medicina contemp.* 1884).

Il sangue iniettato nella grande sierosa peritoneale scompare completamente dopo breve tempo.

Se la quantità di sangue injettato in un cane non sorpassa la 1|30 parte del peso del corpo, l' assorbimento si effettua a metà in 24 ore; è completa dopo 2-5 giorni.

L'assorbimento è rapido per il sangue completo come per il defibrinato, ma il primo produce coaguli intra-addominali.

Il sangue introdotto nella cavità peritoneale non subisce alterazioni morfologiche sensibili anche quando si tratta di sangue di animale diverso.

Conclude l' Autore, che il sangue iniettato nel peritoneo è assorbito in natura e passa coi suoi elementi anatomici nella circolazione generale. Le vie linfatiche disimpegnano un còmpito importante senza che si possa dire che costituiscano la sola porta di entrata delle emazie nel sistema circolatorio.

La trasfusione peritoneale equivale ad una trasfusione intra-vascolare fatta con estrema lentezza.

Renus. — **Assorbimento peritoneale.** (*Société de biologie,* 1883).

L'Autore injettò sangue di cane nel peritoneo del coniglio; vide che la superficie peritoneale assorbe il sangue sovratutto per i linfatici, che tappezzano la faccia inferiore del diaframma. Nella circolazione generale i globuli sanguigni injettati difficilmente si ritrovano, le ultime loro traccie sono nei gangli linfatici.

Silva B. — **Della trasfusione di sangue omogeneo defibrinato nella pleura.** (*Giorn. Accad. di Torino,* 1883).

Sperimentando fra conigli, riconobbe l'Autore, che la pleura assorbe il sangue defibrinato, come il peritoneo.

Per l'iniezione di sangue nella pleura si ha aumento di emoglobina e del numero di corpuscoli rossi dopo l'injezione.

L' assorbimento dell' emoglobina è maggiore e più rapido, quando la quantità di sangue injettato è scarso, se è invece abbondante si può anche non osservare aumento di emoglobina nella massa circolante del sangue.

Bareggi. — **Sulla injezione ipodermica di sangue.** (*Archivio per le scienze mediche.* Vol. 7.° 1883).

Le injezioni ipodermiche di sangue eterogeneo completo, od omogeneo completo o defibrinato d'un gramma di sangue cadauno, sono del tutto innocue, quelle fino a 50 gr. nel tessuto cellulare sottocutanee del petto di un cane sono relativamente innocue. Giova servirsi nelle injezioni di un apparecchio a pressione costante.

Nell'uomo le injezioni ipodermiche di sangue sono susseguite da leggerissimo movimento febbrile, che può durare fino due giorni.

I globuli rossi del sangue omogeneo completo o defibrinato, iniettati nel tessuto cellulare sottocutaneo, sono assorbiti almeno in parte inalterati, e si mescolano col sangue circolante percorrendo i vasi linfatici efferenti, la cisterna di Pecquet ed il canal toracico.

Il riassorbimento delle emazie è lento in quegli individui, in cui è lenta la circolazione sanguigna. Come già asserì Ehrlich, i globuli rossi del sangue iniettato negli spazi del tessuto cellulare sottocutaneo si conservano per molti giorni inalterati e possono essere assorbiti come tali.

Le injezioni ipodermiche di sangue possono servire contro la dieta insufficente, per le perdite continue di sangue come nell'anchilostomiasi e possono aumentare la ricchezza globulare del sangue circolante.

Tale aumento della ricchezza globulare ed emoglobinica del sangue circolante è pari o di poco inferiore a quella, che si ottiene coi ferruginosi accoppiati ai tonici.

Fubini e Spallitta. — **Influenza degli eccitamenti termici sopra i movimenti dei cuori linfatici nei batraci.** (*Giornale dell'Accademia di medicina di Torino*, 1883).

Le esperienze fatte portano un contributo alla dottrina di Volkmann, che ripete nel midollo spinale il centro d'innervazione dei cuori linfatici, dottrina contraria a quella sostenuta da Valentin, Schiff e Luchsinger che attribuiscono ai cuori linfatici automazia di movimento.

Martin S. — **Fenomeni chimici del respiro nell'atmosfera sopra ossigenata.** (*Comptes Rendus.* 1884).

Confermando i risultati di Lavoisier e Seguin, l'Autore asserisce, che i fenomeni chimici del respiro non subiscono cangiamento apprezzabile per la sovra ossigenazione dell'atmosfera, in cui si compiono.

Fano G. — **Sui movimenti respiratori del Champso lucius.** (*Sperimentale*, 1884).

In altro lavoro l'Autore mostrò che le tartarughe in ibernazione respirano periodicamente, mentre a primavera inoltrata presentano movimenti respiratori perfettamente ritmici. Egli ammette che la forma periodica del respiro esprime uno stato di depressione del centro re-

spiratorio. Sottopose a nuova verifica quell'osservazione. Fece le sue sperienze sul caimano (Champso-lucius) alla temperatura di 19°,8, durante la quale l'animale era molto assopito; allora il respiro era nettamente periodico. Tenuto in bagno a 40°, il respiro dà un tracciato perfettamente ritmico. Raffreddando l'animale, spruzzandolo con etere, il respiro presentasi di nuovo a periodi. Secondo l'Autore, la forma periodica del respiro è sintomo di stato speciale di depressione del centro respiratorio prodotto dalla troppo bassa temperatura dell'ambiente.

L'Autore sostiene l'automatismo del centro respiratorio.

Nel caimano l'Autore osservò intima solidarietà ed esatta corrispondenza numerica fra i movimenti dovuti al centro della deglutizione e quelli sviluppati dal centro respiratorio. Ogni periodo respiratorio è preceduto da movimenti di deglutizione; v'ha rapporto costante fra il numero delle respirazioni e delle deglutizioni, che sembrano essere della metà meno frequenti delle prime.

La forma di respiro comincia sempre con una deglutizione, e ci fa sospettare, che nell'alligatore ai movimenti del respiro sia dato il primo impulso non dal centro della deglutizione, ma da quello della deglutizione.

Edinger L. — **Curve della contrazione dei muscoli nell'uomo.** (*Zeitschrift für Klinische medicine*, 1883).

Le curve delle contrazioni dei muscoli striati dell'uomo hanno le stesse forme di quelle, che si ottengono col miografo di Helmholtz. Il tempo latente è circa un centesimo di secondi. A circa 0,04 di secondi arriva il punto più alto della contrazione e la curva cade ora più ora meno rapidamente.

I diversi muscoli dell'estremità presentano eguali rapporti.

Negli stati patologici varia per lo più il tempo latente, di rado la forma così nella degenerazione del midollo spinale e nell'emorragia cerebrale in caso di tabe dorsale.

Astegiano G. — **Le marcie a piedi.** (*Giornale Accademia medica di Torino*, 1884).

Dalle esperienze di Weber si sa che l'uomo alla corsa può percorrere un maximum di 456 metri per minuto primo, cioè una velocità teorica di 27 chilometri e più all'ora. Ma questa corsa velocissima può essere percorsa solo per breve tratto di tempo.

Le osservazioni dei due camminatori studiati dall'Autore erano fatte sopra individui asciutti di membra, senza adipe; l'uno pesava 60 chil. l'altro 75 chil. la statura in uno era di metri 1,78 nell'altro di 1,71.

Questi due individui poterono percorrere a piedi circa cento chilometri in un giorno.

Reymond. — **Modificazione all'esame degli equilibri muscolari e leggi del rapporto fra l'età e la convergenza oculare.** (*Giorn. Accad. di Med. di Torino*, 1884).

Nei limiti dell'accomodamento relativo, ogni sforzo d'accomodamento fatto dall'occhio che fissa, provoca uno sforzo precisamente eguale di accomodamento nell' occhio eliminato dalla fissazione per mezzo del prisma.

Se l'occhio che non fissa (cioè l'occhio che vede la doppia immagine senza fissarla) non gode d'accomodamento relativo, esso si mette però in un grado obbligato d'accomodamento senza poterlo variare indipendentemente delle variazioni di rifrazione, che avvengono nell'occhio che fissa. L'occhio, che non fissa, perde la facoltà di disporre del suo accomodamento.

Marey. — **Misure delle forze nei diversi atti della locomozione.** (*Comptes Rendus*, 1883).

La fotografia istantanea per l'analisi degli atti della locomozione animale, non dà tutti gli elementi necessarii per la conoscenza di questa funzione. Ci fa conoscere solo la traiettoria descritta nello spazio da un punto dato del corpo, la velocità che questo punto possiede ad ogni istante, velocità che sono definite sulla placca fotografica in serie di immagini successive. Ma bisogna conoscere ancora la forza di impulsione periodicamente impressa al nostro corpo dai nostri atti muscolari, le variazioni di intensità, di direzione e di durata di questa forza. Per questo nuovo mezzo di esplorazione si servì di un apparecchio dinamometrico scrivente.

Quando un atto muscolare eleva il centro di gravità del nostro corpo, le sue reazioni si trasmettono man mano alle nostre estremità inferiori, e producono un aumento di pressione positiva sul dinamometro. Questo effetto è seguito da una azione in senso inverso quando il movimento di elevazione si rallenta.

L'Autore conclude che ogni atto muscolare che provoca un abbassamento del nostro centro di gravità, produce una reazione, che diminuisce la pressione dei nostri piedi sopra il suolo, e si manifesta con un abbassamento della curva del dinamometro. Questo effetto è seguito da una variazione in senso inverso prodotta da una diminuzione della velocità acquisita nel momento di abbassamento.

Beaunis. — **Forma e carattere della contrazione muscolare riflessa.** (*Comptes Rendus*, 1883).

La scossa muscolare riflessa, in seguito ad un eccitamento unico, sia meccanico od elettrico, si distingue dalla scossa diretta per la sua minore ampiezza, la sua maggiore durata, il maggior tempo del periodo latente di eccitamento, e per la presenza di contratture consecutive.

Il tetano riflesso ha carattere diverso dal tetano diretto; ora si pre-

senta a mo' di scossa semplice, alle volte allungata come quella dei muscoli lisci; ora come scosse irregolari più o meno fuse.

Il tetano riflesso appare più tardi del tetano diretto, e spesso si mostra dopo che è cessato l'eccitamento tetanizzante.

La durata del tetano riflesso è indipendente dalla durata dell'eccitamento tetanico.

La stricnina modifica la forma del tetano riflesso, e gli dà il carattere del tetano diretto.

Si potrebbe dire che il tetano riflesso non è altro che il tetano diretto modificato da azione di arresto.

Le esperienze furono fatte sopra le rane.

GAGLIO. — **Sulle alterazioni istologiche e funzionali dei muscoli durante l'inanizione.** (*Arch. per le scienze mediche,* Vol. VII, 1883).

La rana morì per inanizione dopo avere perduto 56,33 del peso del suo corpo, mentre il muscolo subì diminuzione di 85,2 0[0. Gli animali a sangue caldo, secondo Chossat, muoiono dopo perduto i 2[5 del peso iniziale cioè il 40 0[0, i muscoli subiscono diminuzione di peso quasi eguale alla metà.

Nelle rane morte per inanizione si ha atrofia delle fibre con degenerazione, molte granulazioni grosse, tondeggianti, rifrangenti nella striatura del muscolo, granulazioni di natura albuminoidea, non di sostanza grassa; si aveva moltiplicazione di nuclei, che erano tondeggianti e più grossi dei muscoli. Fra le fibre muscolari atrofiche si ha proliferazione del connettivo.

Il cuore delle rane morte per inanizione ha le stesse alterazioni degli altri muscoli.

Col miografo di Marey scriveva la curva del muscolo dopo di avere tagliato il bulbo ed eccitato lo sciatico con eccitatore a punta di platino

Per l' inanizione nel periodo ascendente la contrazione è meno brusca e nel muscolo denutrito si ha curva pronunciata; la durata della contrazione muscolare del periodo discendente è più lunga nei muscoli denutriti che nei muscoli normali.

Nei muscoli denutriti la curva della contrazione per la fatica diveniva più presto meno alta e di maggiore durata che nei muscoli normali ed era dopo eguale tempo che si stancavano del tutto.

Il periodo dell'eccitamento latente è di una maggiore durata pei muscoli denutriti ma si hanno delle oscillazioni, per cui alle volte il periodo di eccitazione latente nelle rane magre è eguale a quello delle rane sane.

L'irritabilità nei muscoli per influenza dell'inanizione è diminuita ma si conserva meglio dell'irritabilità dei muscoli normali. Il potere elettro-motore nei muscoli denutriti è minore che nei muscoli sani. Il cuore esportato di rana in stato d'inanizione perdura più a lungo a battere che il cuore di rana normale.

Fubini e Luzzati. — **Sopra alcune sperienze riguardanti la fisiologia dell'intestino.** (*Giornale dell'Accad. di Torino*, 1883).

Le esperienze fatte sopra cani portarono alle seguenti deduzioni. Il metodo Vella per studiare il succo enterico puro è il migliore nello stato attuale della scienza.

Il succo enterico di cane puro ha reazione alcalina, che alla temperatura di 4° ha la densità di 1,010.

La quantità di succo enterico raccolta durante un'ora sopra una superficie d'intestino di 30 centim. di larghezza fu di 10,6 grammi.

Nelle condizioni fisiologiche il movimento intestinale è solo peristaltico. A temperatura ordinaria, la velocità di movimento di corpo solido può considerarsi di centimetri 27,5 per ogni ora nel tenue di cane.

La bile di bue fresca o privata di muco favorisce il movimento dell'intestino. Negli animali, che dormono per stanchezza, si osserva minore velocità nel movimento dell'intestino.

Le temperature elevate favoriscono il movimento dell' intestino, le basse lo rallentano. La forza di trazione di un cingolo d' intestino di cane può vincere la resistenza di otto grammi.

La mucosa dell'ansa fistolosa intestinale sotto l' azione dell' eccitante elettrico del vago si mostra più arrossata che quando il pneumogastrico non è eccitato.

Pflüger. — **Studi sugli organi della generazione della rana.** (*Pflüger's Archiv.* 29).

L'Autore studiò l'influenza che sulla fecondazione e sul sesso può avere il grado di concentrazione del liquido seminale; perciò fece nel modo seguente l'esperienza: raccoglie due gruppi di uova approssimativamente uguali. Si fecondano artificialmente col seme d' uno stesso individuo puro, oppure allungato con acqua. Osservando lo sviluppo, si vide che la mortalità per lo sperma concentrato era di 55,5 0[0, per lo sperma allungato di 43,4 0[0.

Collo sperma concentrato si ebbero 48,4 maschi, 51,6 femmine su 100. Collo sperma allungato 48,5 maschi e 51,4 femmine. Dunque *la concentrazione del seme non ha influenza sul sesso.*

Del pari che Born, l' Autore vide che i maschi muojono di più; non v' ha però rapporto fra il sesso e la mortalità.

Secondo l' Autore, nelle rane giovani v'hanno molti ermafroditi. L'eccesso del numero delle femmine è solo apparente poichè si calcolano femmine gli ermafroditi temporari.

Sequestrando una femmina del tutto, sicchè non sia possibile il contatto collo sperma, le uova mature non presentano traccia di segmentazione.

In molti animali l'epoca degli amori non si riproduce che una volta all'anno; nella rana questo tempo dura un mese. L'istinto della generazione è si forte che il maschio si accoppia ad altri maschi, a fem-

mine morte ed anche quando è privo di cervello. Dopo un mese i segni esterni della sessualità andavano scomparendo, i testicoli si impiccolivano; ciò nullameno si potè fare fecondazione artificiale.

I batraci non danno, secondo Pflüger degli ibridi. Cercò l'incrocicchio della rana fusca e del triton alpestris, della rana fusca e del triton taeniatus, della rana fusca e del bufo volgaris, e della rana esculenta. Mescolò uova di rana fusca collo sperma del lombrico terrestre e verificò l'opinione di Spallanzani che non vide ibridi fra gli anfibi.

In molti casi si ebbe fecondazione e segmentazione, ma si arrestò lo sviluppo ulteriore.

Impedendo alle rane di emettere le uova, si conservano vive nell'utero per 14 giorni.

MAGGIORANI C. — **Influenza del magnetismo sull'embriogenesi e sterilimento degli uovi.** (*Accad. Lincei,* 1884).

L'Autore studiò l'influenza del magnetismo sullo sviluppo del pulcino comprendendo tre periodi: il 1.° riguarda l'esame comparativo degli embrioni dal principio alla fine di una incubazione artificiale, dei quali la metà era sottoposta all'azione della calamita e l'altra no. Il secondo si riferisce al confronto dei pulcini provenienti delle due origini istituito dai primi giorni dopo la nascita fino al 5.° mese. Il terzo si limita ad osservare i polli maturi nell'esercizio delle funzioni generative, annotando la differenza fra quelli, che procedono da magnetizzati, dagli altri che andarono esenti da tale influsso nella medesima incubazione.

L'incubazione si faceva colla macchina di Voitellier. Negli uovi sottoposti alla influenza magnetica lo svolgimento dei rispettivi embrioni è quasi sempre ritardato e la differenza di sviluppo: può essere dimostrato fino dal principio dell'incubazione.

Si notò poi maggiore mortalità nei pulcini provenienti da uova magnetizzati che non fosse dagli esenti. Non è raro il vedere la funzione locomotiva essere alterata nei polli procedenti da uova magnetizzate senza che si sia potuto riconoscere vizio attendibile nei centri nervosi. Il periodo giovanile della vita esterna nei polli offre testimonianza della potenza modificatrice del magnetismo sullo sviluppo organico dell'animale.

Di pollastre provenienti da uova magnetizzate, una fetò di sei mesi uova più piccole dell'ordinario, l'altre fetarono ovicini sterili e molto piccoli. Le vibrazioni magnetiche si mostrarono ostili agli ovuli, non agli spermatozoi.

Forse le vibrazioni del germe in via di evoluzione sono analoghe a quelle dell'agente magnetico.

DUSING. — **Sviluppo embrionale di uova di gallina, in cui si limita l'intensità del ricambio gazoso.** (*Pflüger's Archiv.* 33).

L'Autore copre una parte 1|3-2|3 della superficie delle uova sotto-

posta all'incubazione con vernice poco permeabile (vernice di asfalto). In tali condizioni si osserva una diminuzione nella perdita in peso che subiscono le uova per l'incubazione. Grande è la moria di questi embrioni; alcuni però si sviluppano del tutto. Secondo l'Autore l'allantoide si fissa prima alla parte del guscio (se viene inverniciato) e si va poi man mano estendendo.

TRINCHESE. — **Intorno ad alcuni bacteri trovati nell'amnios umano.** (*Transunti dell'Accad. dei Lincei*, 1883).

Negli invilluppi di un feto umano al terzo mese di gestazione l'Autore trovò piccoli focolai di bacteri sulla superficie interna dell'amnios. L'Autore potè escludere il fatto d'incipiente putrefazione e riconobbe che la donna non era colpita da alcuna malattia infettiva. Gli elementi anatomici del corion e della lamina congiuntiva dell'amnios erano normali.

FOÀ P. — **Contribuzione allo studio della fisio-patologia della milza.** (*Sperimentale*, 1883).

Il ritorno alla funzione ematopoietica della polpa splenica si deve definire un fenomeno di rigenerazione, sieno gli elementi di quella andati distrutti per ferite o per cauterizzazioni, o siensi rinversati in abbondanza nel torrente circolatorio in seguito a perdite di sangue, o sieno caduti in atrofia per occlusione dell'arteria principale dell'organo. Se l'ipotesi pertanto d'una funzione vicaria o di un compenso fisiologico ha un valore, essa è solo applicabile all'organo stesso, in quanto ha la facoltà di rigenerare i propri elementi, andati parzialmente distrutti, rigenerazione, di cui la fase ematopoietica non è che un periodo dello sviluppo, e non risponde sempre e necessariamente ad un bisogno sentito dall'intiero organismo.

SCHIFF M. — **Effetti dell'ablazione dei corpi tiroidi.** (*Revue medicale de la Suisse romande*, 1884).

La tiroidectomia nell'uomo come in altri animali può essere assai dannosa. L'Autore tende verso l'ipotesi che le ghiandole tiroidi possano avere qualche rapporto di nutrizione col sistema nervoso centrale. Ammettendo l'analogia di rapporto fra la milza ed il pancreas, si potrebbe credere che tali ghiandole preparino materiali, che entrando nel sangue diviene intermedio necessario per la nutrizione dei centri. Altri organi possono rimpiazzare le ghiandole tiroide nel loro atto di nutrizione. L'esame però dei centri nervosi degli animali, che sopportarono la esportazione del tiroide, non dà appoggio all'ipotesi emessa dall'Autore.

SETSCHENOFF. — **Circolazione sanguigna nei reni.** (*Centralblatt für die medicinische Wissenschaften*, 1884).

Secondo l'Autore il principio regolatore della circolazione sanguigna

renale devesi riguardare nella differenza proporzionalmente molto alta ed egualmente costante fra la pressione nella cavità addominale d'un lato e quella nelle vene cave inferiori dall'altro.

PISENTI. — **Sperienze sulla rigenerazione parziale dei reni?** (*Archives italiennes de biologie*, 1883).

Il lavoro fu fatto sotto la direzione del prof. Tizzoni. Dalle sue esperienze dedusse l'Autore che nelle ablazioni parziali del parenchima renale, la soluzione di continuità si trova riparata ora per neoformazione di tessuto connettivo, ora per produzione di elementi ghiandolari propri del rene cioè tubi e glomeruli, in questi casi non si tratta di falsa rigenerazione ma di una vera e propria rigenerazione parziale dell'organo.

GRÉHANT e QUINQUAND. — **Quale è il sito dove si forma l'urea.** (*Comptes Rendus de l'academie des sciences*, 1884).

Gli Autori paragonarono la quantità di urea che trovasi nel sangue che va ad un organo, con quella del sangue che sorte da quel viscere. Usarono il processo di dosaggio di Gréhant.

Il sangue delle vene sopra epatiche, delle vene spleniche, quello della vena porta contiene più di urea che il sangue delle carotidi; i visceri addominali sono quindi sede di formazione continua dell'urea. Il sangue che va alla milza ha meno urea del sangue, che ne sorte. Il sangue arterioso e venoso degli arti e della testa contengono eguale proporzione di urea. Il chilo e la linfa raccolti nel canal toracico dopo la lesione del bulbo facendo la respirazione artificiale sono più ricchi di urea del sangue arterioso e venoso.

MYA e VANDONI. — **Influenza dell'urea sopra la membrana dei vasi dell'animale vivo.** (*Accademia medica di Torino*, 1883).

L'urea portata a contatto della membrana dei vasi nell'animale vivo, induce il passaggio delle sostanze albuminose traverso le membrane stesse. Con ciò si spiega la comparsa dell'albuminuria per le injezion di urea.

MAFFUCCI. — **Assorbimento delle articolazioni.** (*Movimento medico-chirurgico*, 1884).

Tutta la superficie dell'articolazione assorbe la sostanza che trovasi nel suo cavo. I villi della sinoviale sono i punti prediletti dell'assorbimento. Il tessuto della cartilagine è direttamente nutrito dal liquido sinoviale, che attraversa la sostanza fondamentale della cartilagine.

La superficie dei legamenti articolari assorbe del pari sostanze poste nella cavità articolare.

Il meccanismo dell'assorbimento avviene per mezzo dell'allontanamento delle cellule endoteliari di rivestimento, che coprono gli spazii connettivali dei villi e del resto della capsula e non per stroma preformato.

Dall'osso verso la cartilagine non v'è scambio di sostanze nutritive nè corpuscolari, nè liquidi, i canali dei corpuscoli ossei anatomizzati si arrestano nello strato midollare sotto la cartilagine e non si continuano colle capsule delle stesse.

REINHARD. — **Un caso di cangiamento periodico del colore dei capelli.** (*Virchow's Archiv*, 1884).

In rapporto con alterazioni cerebrali possono trovarsi alterazioni trofiche di nervi della testa, che possono arrivare fino ai capelli. Tali alterazioni possono essere periodiche, e possono influire sul colore dei capelli, e tali sintomi possono essere in rapporto a raccolta anormale di aria.

AUBERT. — **Sonno anestetico.** (*Société de Biologie*, 1883).

Riferisce l'A. gli avvantaggi avuti dall'uso dell'injezione dall'atropina e della morfina. Una tale injezione praticata 15 minuti prima dell' uso dell'etere produce rapido il sonno senza essere preceduto da vomito e da agitazione. Brown-Séquard usò pure tale metodo con felice risultato.

RIGHI e TAMBURINI. — **Ricerche sull'azione della magnete e degli agenti termici nella ipnosi isterica.** (*Rendiconto dell'Accademia delle scienze dell'Istituto di Bologna*).

La conclusione delle sperienze degli autori, che sono di molto interesse per il fisiologo è la seguente: le manifestazioni dell'esagerata eccitabilità neuro-muscolare, che nello stato d'ipnosi si ottengono colla magnete, si verificano anche per l'avvicinamento di qualunque corpo sia metallico o non, se è a temperatura abbastanza differente da quella del corpo umano. Ciò porterebbe quindi ad escludere che la calamita eserciti in tali casi un'azione speciale dovuta al proprio stato magnetico.

BROWN-SÉQUARD. — **Stato cataleptico dopo la morte.** (*Société de Biologie*, 1883).

Circa un 15 minuti dopo la morte di animali avvenuti per sezione trasversale degli emisferi cerebrali, dei talami ottici, del cervelletto, del bulbo della parte cervicale del midollo, o per schiacciamento della testa si ha uno stato catalettico cioè un'estremità conserva la posizione che gli si dà anche quando si trova contro la legge di gravità. Tale fenomeno è indipendente dalla rigidità cadaverica. L'Autore crede si tratti di un'azione diretta dei centri nervosi sui muscoli.

RIVISTA D'ANATOMIA

dei Professori G. ZOJA ed L. TENCHINI.

Anatomia normale.

Gegenbaur C. — *Trattato di anatomia dell'uomo.*

Baistrocchi E. — *Prospetti comparativi del peso e volume dei principali organi del corpo umano, ecc.*

Amadei G. — *La capacità del cranio in rapporto alla statura.*

Lachi P. — *Ossificazione delle ossa umane.*

Legge F. — *Intorno all' ordine di obliterazione delle suture del cranio nei crani camerinesi.*

Bordoni L. — *Di una anastomosi fra la vena ombelicale e le vene epigastriche nel feto umano.*

Bourceret E. — *Della circolazione delle dita e della circolazione derivativa delle estremità.*

Tenchini L. — *Sul peso dell' encefalo, degli emisferi cerebrali e del cervelletto, ecc.*

Legge F. — *Il cervello d'una berbera.*

Giacomini C. — *Fascia dentata del grande hippocampo del cervello umano.*

Ludwig F. — *Sull'anatomia della lingua.*

Giacomini C. — *Nuovo processo per la conservazione delle sezioni di cadaveri congelati.*

Anatomia anomala.

Romiti G. — *Notizie anatomiche.*

Luzzani A. e Staurenghi C. — *Relazione delle anomalie anatomiche trovate nelle dissezioni.*

Legge F. — *Varietà delle ossa del cranio e della faccia riscontrate in alcuni crani camerinesi.*

Legge F. — *Di una anomalia sinostotica del cranio.*

Lombroso C. — *Fossa occipitale mediana nelle razze umane.*

Zoja G. — *Sopra un solco men noto dell'osso frontale.*

Romiti G. — *Nuove osservazioni sul processo e canale sopracondiloideo, ecc.*

Legge F. — *Intorno ad alcune anomalie dell' articolazione occipito-atlantoidea, ecc.*

Moubrac O. — *Ricerche anatomiche e fisiologiche sul muscolo sterno-cleido-mastoideo.*

Legge F. — *Di alcune anomalie muscolari osservate nella camera settoria, ecc.*
Varaglia S. — *Varietà del muscolo piccolo pettorale.*
Lachi P. — *Le varietà dei muscoli della gamba.*
Bianchi S. — *Di un cuore triloculare, ecc.*
Tenchini L. — *Di una rara anomalia delle arterie e delle vene emulgenti.*
Romiti G. — *Di una rara arteria aberrante nel braccio.*
Lachi P. — *Di una varietà del pavimento del quarto ventricolo.*
Lachi P. — *Un caso di mancanza del setto lucido, ecc.*
Verchère F. — *Anastomosi del nervo mediano e del nervo cubitale.*
Ferrario F. — *Casi di rene unico, ecc.*
Coen E. — *Sette casi di rene con uretere doppio.*

Anatomia topografica.

Tillaux P. — *Trattato di anatomia topografica colle applicazioni alla chirurgia.*

Anatomia normale.

Gegenbaur C. — **Lehrbuch der Anatomie der Menschen.** (*Trattato di anatomia dell'uomo*); Leipzig 1883.

L'Autore espone, in questa nuova sua opera, l'anatomia umana, seguendo le moderne dottrine morfologiche. Nel nuovo indirizzo sta il pregio principale dell'opera, ricca di tavole originali e preceduta da un trattatello di anatomia generale, la quale molto opportunamente introduce allo svolgimento dell'anatomia speciale.

Il volume è di circa 1000 pagine.

Baistrocchi E. — **Prospetti comparativi del peso e volume dei principali organi del corpo umano a seconda delle età, del sesso e delle condizioni morbose.** Parma, Luigi Battei editore, 1884.

Riferendoci qui soltanto a ciò che concerne l'anatomia normale, presentiamo il nuovo lavoro dell'Autore, il quale valendosi del materiale raccolto in cinque anni nell'Istituto di Anatomia patologica della Regia Università di Parma, diretto dal prof. G. Inzani, cercò il peso ed il volume del cuore, dei polmoni, della milza, del fegato e dei reni.

Simili indagini sono senza dubbio praticamente utili, e l'Autore le fece secondo le età ed il sesso, onde il confronto fra lo stato normale ed il patologico riesce evidente, e vale in alcuni punti a compiere le notizie scarse ed incerte che si ebbero fin qui, o a correggere alcune inesattezze sostenute ed accettate.

È ad ogni modo questo un largo contributo intorno all'argomento, poichè è il frutto di due mila autossie.

I *Prospetti* sono composti col *metodo seriale*, ed i risultati emergono chiari vuoi per sè, vuoi perchè l'Autore ebbe cura di ricordare quanto i principali autori lasciarono scritto circa il peso ed il volume dei visceri presi in esame.

Togliamo dell'*epilogo*, che chiude il lavoro, le conclusioni che riguardano l'anatomia normale.

1.° In generale tutti gli organi aumentano di peso dalla nascita al 3° decennio della vita progressivamente, ma con intensità differente, per cui può stabilirsi una scala in ordine decrescente di intensità, che è questa: 1.° fegato, 2.° cuore, 3.° milza, 4.° polmoni, 5.° reni.

2.° In generale gli stessi organi subiscono una fase di decrescimento, che ha il suo principio nel 5.° decennio e il suo acme nel 7.°, la quale sotto il rispetto dell'intensità in ordine di decrescenza può essere rappresentata dalla scala che segue: .° fegato, 2.° reni, 3.° milza, 4.° cuore, 5.° polmoni.

3.° Vi ha un periodo di stato nello sviluppo, che dura più di un decennio in generale, cioè dal 40.° al 50.° anno.

4.° Il progresso dell'aumento non è identico per tutti gli organi, e così è più rapido nel fegato e cuore, e più lento e regolare negli altri visceri.

5.° Il sesso stabilisce una differenza di peso a vantaggio dell'uomo, che è più evidente negli organi disposti nell'ordine seguente: 1.° fegato, 2.° cuore, 3.° polmoni, 4.° milza, 5.° reni.

6.° Il volume segue le fasi del peso; ma, essendo subordinato alla quantità di massa sanguigna, facilmente va soggetto a variazioni a seconda della cagione di morte o di malattia. Nel polmone poi, in cui la quantità di aria si aggiunge a coefficiente del volume, le cause di variabilità sono molteplici.

AMADEI G. — **La capacità del cranio in rapporto alla statura.** (*Archivio per l'Antrop. e l'Etnolog.* Vol. XIII, Fasc. II). Firenze 1883.

La capacità del cranio varia secondo la statura? Possiamo dimostrarlo con prove dirette a conferma di quanto comunemente si assevera? Ecco quanto si propone di risolvere l'Autore, con un ricco materiale di 408 crani, appartenenti ad individui, di ciascuno dei quali sono noti la statura ed il sesso.

In tre capitoli distinti si studiano: 1.° la capacità assoluta; 2.° la capacità relativa; 3.° la capacità in rapporto al sesso.

Riportiamo le conclusioni che l'Autore fornisce:

« Esiste un'influenza della statura sulla capacità del cranio, che si « manifesta nel prevalere numerico dei crani mano mano più grandi « nei gruppi d'individui mano mano più alti di statura, sicchè ad ogni

« categoria di stature alta, media, bassa, corrispondono serie di capa-
« cità craniche che si spostano nello stesso senso, e le medie analoga-
« mente diminuiscono per gruppi di stature abbassantisi.

« Esiste anche una relazione tra la statura ed il rapporto indivi-
« duale di questa alla capacità corrispondente. La capacità relativa
« varia in senso inverso della statura, e cioè si ripetono, ma in senso
« inverso tutti i rapporti sopra notati tra la capacità (assoluta) e la sta-
« tura.

« La capacità cranica femminile è minore della maschile anche per
« stature uguali. La serie dei crani femminili segnano valori più bassi
« di quelle dei maschi per ogni gruppo di stature uguali, tanto per la
« capacità assoluta, che per la relativa; e le medie femminili di ogni
« gruppo di stature sono sempre inferiori alle corrispondenti maschili,
« tanto pei valori assoluti, che pei relativi. »

LACHI P. — **Ossificazione delle ossa umane. Illustrazione di una collezione di preparati esistenti nel Museo di Siena.** — Siena 1883.

In questa Memoria l'Autore presenta ed illustra il ricco ed interessante materiale, che si riferisce all'ossificazione delle ossa umane, quale si trova nel Museo anatomico della R. Università di Siena.

Lo scritto fa parte integrante del *Catalogo ragionato, ecc.* precedentemente pubblicato dal prof. Romiti colla collaborazione dello stesso dott. Lachi, lavoro di cui già negli *Annali* comparve un cenno.

È importante ad ogni modo veder riprodotta a parte l'*illustrazione* dei *pezzi*, che concernono lo sviluppo dello scheletro, per le molte considerazioni delle quali abbonda il contesto, relativamente massime ad alcune questioni speciali di sviluppo, che furono e sono tuttora controverse.

La natura del lavoro non ci permette di riassumerlo, onde ci limitiamo ad indicarlo agli studiosi come frutto di buone ricerche anatomiche.

LEGGE F. — **Intorno all'ordine di obliterazione delle suture del cranio nei crani camerinesi.** (*Bullettino della Società medico-chirurgica camerinese*, N. 5). — Camerino 1884.

Nello scopo di verificare quanto di vero potesse avere la nota legge di Gratiolet, secondo la quale la sutura lambdoidea scomparirebbe prima della coronale nella razza bianca, e avverrebbe il fatto opposto nella razza negra, l'Autore esaminò 770 crani, raccolti nei pubblici ossarj di Camerino.

Le conclusioni infirmano notevolmente l'asserto di Gratiolet, poichè nella grande maggioranza dei casi si trovarono obliterate prima delle posteriori, le suture anteriori (la coronale e la ptero-parieto-frontale).

Riportiamo testualmente i risultati ottenuti:

La sagittale sola fu vista obliterata per volte	N. 30
La coronale sola » » »	» 30
La lambdoide sola » » »	» 6
La ptero-parieto-frontale » »	» 4
La sagittale e la coronale si trovarono scomparse	» 39
La sagittale e la ptero-fronto-parietale . . .	» 6
La sagittale e la lambdoide	» 6

L'Autore fa notare come i suoi corollarj sieno in armonia con quelli esposti recentemente dallo Zukerkandel, che esaminò numerosi crani di razze diverse, e dallo Zoja, che studiò la sinostosi cranica normale in molti teschi di pavesi, raccolti nel Museo d'Anatomia umana della R. Università di Pavia.

BORDONI L. — **Di una anastomosi fra la vena ombelicale e le vene epigastriche nel feto umano.** (*Atti della Società toscana di scienze naturali.* Adunanza del 13 gennajo 1884).

In 15 feti umani (9 maschi e 6 femmine) ed in due bambini, l'uno femmina di 5 mesi e l'altro maschio di 15 mesi, l'Autore studiò i tronchi anastomotici che normalmente intercedono fra la vena ombelicale e le vene delle pareti addominali (epigastriche), stati già, come è noto, rilevati nel 1838 dal Burow. Sono venuzze che valgono a stabilire piena e libera comunicazione fra il sistema della vena porta ed il venoso generale, simili ad altre descritte da Sappey, Schiff, Retzius, ecc.

L'Autore dichiara di aver trovata *la comunicazione delle vene epigastriche con la vena ombelicale nella massima parte dei casi*; afferma inoltre di averla riscontrata *quasi sempre bilaterale e con disposizione non sempre identica nei diversi individui.*

BOURCERET P. — **Recherches sur le système vasculaire. De la circulation des doigts et de la circulation dérivative des extremités.** (*Ricerche sul sistema vascolare. Della circolazione delle dita e della circolazione derivativa delle estremità*). In: *Comptes-rendus de l'Académie des sciences.* Paris 1883, p. 1085.

L'Autore riprendendo la quistione sull'esistenza o non d'altri mezzi di comunicazione tra le arterie e le vene all'infuori dei capillari, agitata da molto tempo fra parecchi autori, a contributo della quale quistione scrissero già in vario senso Sarcquet, Pean, C. Bernard, Sappey ed altri, fece nuove indagini, il risultato della cui parte anatomica è la seguente:

Le arterie collaterali delle dita non hanno vene satelliti; esse si anastomizzano per inosculazione a livello della terza falange. L'arcata arteriosa formata in questa ragione ha un volume considerevole, perchè le collaterali delle dita non forniscono, durante il loro tragitto, che dei rami poco numerosi ed assai tenui. Le vene, che si formano nel-

l' ultima, falange hanno pure un ragguardevole volume, e *sono così grosse a questo livello quanto lo sono a livello della prima falange.*

La comunicazione tra le arterie e le vene si fa per mezzo di grossi capillari assai corti e flessuosi, disposti come a gomitoli caratteristici. Così una piccola arteria si divide bruscamente in grossi capillari, che si riuniscano pressochè immediatamente per formare una venula. Questa disposizione è soprattutto ben manifesta verso la parte media della faccia palmare dell'ultima falange, sulle sue parti laterali e sopra i due terzi superiori della regione ungueale.

Tenchini L. — **Sul peso dell' encefalo, degli emisferi cerebrali e del cervelletto nei lombardi della provincia bresciana.** (Opusc. in 4.° di pag. 54. — Luigi Battei editore. Parma 1884).

Costituiscono la base di questo lavoro 326 osservazioni, scelte tutte fra individui della provincia bresciana (159 uomini e 167 donne), sani di mente, con un'età che dai 15 anni giunge fino all'estrema vecchiaja. La Memoria è divisa in tre capitoli: il primo tratta del peso dell' encefalo, il secondo del peso degli emisferi cerebrali, l'ultimo del peso del cervelletto.

L'Autore, nel limitare le proprie indagini ad una sola provincia, si prefisse di contribuire allo studio del peso dell' encefalo umano fra gli italiani, essendogli ciò sembrato utile massime in riguardo dell' antropologia. E le osservazioni di tal maniera sono tuttora scarse, onde l'Autore si augura che vengano moltiplicate anche nelle restanti provincie d'Italia, come si fece già in altre nazioni, e come analogamente nella nostra penisola si fa rispetto alla forma e alla capacità del cranio.

Non possiamo seguire da vicino l'Autore in tutte le considerazioni che si trovano svolte nello scritto, e però ci limitiamo a riferire testualmente le *Conclusioni* quali vennero riassunte nelle ultime pagine dell'opuscolo.

1.

Il peso medio dell'encefalo de' bresciani, compresi fra i 15 anni e la vecchiaja, non valutando le variazioni che si riferiscono alla statura, è, per gli uomini, di gr. 1320, e, per le donne, di gr. 1194. Per ciò la differenza a favore del sesso maschile è di gr. 126.

2.

L'encefalo raggiunge il suo maximum di sviluppo fra i 21 ed i 25 anni nel maschio (gr. 1384), e fra i 15 e i 20 anni nella femmina (gr. 1255), onde la differenza è di gr. 129.

3.

Passata l' età dello sviluppo maggiore, la cifra del peso medio si mantiene oscillante nell'uomo fra i gr. 1300 e i 1350, fino all'età di 45

anni, e poscia diminuisce, restando fra i 1300 grammi ed i 1250. Nella donna, superato il 20.° anno di vita, la cifra del peso encefalico oscilla fra i 1200 ed i 1220 grammi fino a 55 anni, e successivamente vi ha diminuzione quasi rigorosamente progressiva.

4.

Per ciascun periodo di età nell'uomo si verifica un peso, che è sempre assolutamente superiore al corrispondente della donna.

5.

Le differenze individuali, fra il *minimum* ed il *maximum* di ciascuna età sono, in entrambi i sessi, molto varie, ma più forti in generale nella donna; nell'uomo invece le oscillazioni sono relativamente meno saltuarie e più regolari.

6.

Considerate le differenze sessuali del peso encefalico nelle diverse età, le minori si verificano fra i 41 ed i 60 anni (87 od 88 grammi), e le maggiori fra i 21 e i 30 anni (gr. 199), epoca, per l'uomo, di massimo sviluppo encefalico.

7.

La statura ha una reale influenza sul peso dell'encefalo, poichè negli individui bassi il viscere pesa meno in *via assoluta*, che in quelli alti. Esso però non cresce in proporzione all'aumento dell'altezza personale, onde, *relativamente*, a stature basse corrispondono encefali più pesanti.

8.

Il maggior peso medio dell'encefalo maschile, confrontato col femminile, è a ritenersi assoluto e non relativo alla statura, la quale in generale è maggiore nell'uomo, poichè, anche date altezze personali uguali, si ha nel maschio predominio manifesto.

9.

Degli emisferi cerebrali (senza distinzione di sesso) ora prevale il destro ed ora il sinistro, con proporzioni press'a poco uguali; fra gli uomini però è più facile che il primo sopravanzi il secondo, mentre fra le donne si verifica più comunemente il caso opposto.

10.

L'eguaglianza dei due emisferi si trovò in poco meno di un quarto di osservazioni, essendo questa possibilità alquanto più rara nella donna, che nell'altro sesso.

11.

L'età (fatta astrazione dall'infantile, che per ora non venne conside-

rata) non influisce a determinare l'uguaglianza, piuttosto che il predominio dell'uno sull'altro emisfero.

12.

Le cifre medie, che rappresentano lo sviluppo prevalente dell'*emisfero* destro sul sinistro sono di gr. 4,50 per l'uomo e di gr. 7,30 per la donna. Quelle invece che denotano il peso maggiore dell'emisfero sinistro sono di gr. 6,75 pel maschio, e di gr. 5,82 per la femmina.

13.

Alcune forme morbose speciali possono forse influire notevolmente a determinare delle differenze di peso molto più grandi (fino a gr. 72).

14.

Il cervelletto pesa in media (senza tener conto dell' *età* o della *statura*) gr. 144 nell' uomo e gr. 129 nella donna, con una differenza di gr. 15 in favore dell'uomo.

15.

Questa differenza è proporzionale a quella di gr. 126, notata col valutare l'encefalo per intero nei due sessi.

16.

Non appare che le diverse età influiscano sensibilmente a far variare il peso del cervelletto in alcuno dei due sessi, onde la variazioni notate nel peso encefalico, secondo l'età, sono da attribuirsi al cervello nello stretto senso della parola.

17.

Sì nell'uomo che nella donna il rapporto che passa fra peso dell' encefalo e quello del cervelletto si mantiene, si può dire, costante.

18.

Il peso relativo del cervelletto è forse nella donna maggiore in gioventù ; nell'uomo lo è forse nelle altre età.

19.

Passando dalle stature basse, alle medie, alle alte il peso medio del cervelletto, in entrambi i sessi, aumenta, ma pochissimo, non certamente in proporzione del crescere della statura.

20.

Per ciò il cervelletto è, *relativamente,* più pesante negli individui bassi che negli alti.

LEGGE F. — **Il cervello di una berbera.** (*Bollettino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma*). Roma 1884.

In questa Nota l'Autore descrive alcune *varietà* trovate nelle circonvoluzioni e nelle scissure del cervello di una giovane berbera morta per tubercolosi nell'Ospedale S. Giovanni a Roma.

Sono studiate anzitutto: 1.° la situazione e la direzione del solco di Rolando; 2.° la disposizione delle anastomosi fra le circonvoluzioni frontali longitudinali. L'Autore poi rilevò in modo speciale, aperti in basso, nella scissura di Silvio, i due solchi di Rolando; quattro circonvoluzioni frontali a destra per sdoppiatura della prima; una circonvoluzione soprannumeraria a sinistra, il girus-rolandicus, ed altre diverse anomalie non meno importanti negli altri punti della corteccia cerebrale.

Nello scritto si trovano molte interessanti considerazioni, e ricordati gli autori (specie il Giacomini) che parlarono dell'una o dell'altra delle varietà descritte.

Una tavola litografata riproduce la faccia convessa dell'emisfero cerebrale sinistro.

GIACOMINI C. — **Fascia dentata del grande hippocampo nel cervello umano.** (*Giornale della R. Accad. di Med. di Torino*). Torino 1883.

Con questa Memoria l'Autore rende conto del risultato di numerose ricerche originali sull'anatomia della fascia dentata del cervello umano.

La tenue striscia di sostanza nervosa grigia, che decorre sulla concavità del grande hippocampo viene esaminata nei suoi più minuti particolari, onde l'Autore fa dello scritto due parti: una concerne lo *studio macroscopico*, l'altra riguarda lo *studio microscopico.*

Premesso che la *fascia dentata* si continua direttamente sulla faccia superiore del corpo calloso coi *nervi di Lancisi*, e, per mezzo di questi, coi peduncoli del corpo calloso fino a toccare lo spazio perforato anteriore, l'Autore divide l'organo esaminato in tre porzioni, chiamate *fascia dentata propriamente detta*, la porzione mediana che presenta i caratteristici dentelli più o meno marcati; *benderella dell'uncus*, la parte terminale che circonda l'estremità inferiore della circonvoluzione dell'hippocampo; *fasciola cinerea*, il tratto superiore, liscio, che gira attorno allo splenium, per raggiungere la faccia superiore del corpo calloso.

Di ciascuna porzione l'Autore rileva le varietà, valendosi per ciò di un ricco materiale di osservazione. Insiste in modo speciale su quelle che riguardano la fascia dentata e la fasciola, poichè della *benderella dell'uncus* disse diffusamente in un'altra Memoria precedente (*Benderella dell'uncus dell'hippocampo, ecc.* Torino 1882) della quale gli *Annali* fecero già cenno. Ci duole di non poter estenderci a riferire i particolari accuratamente illustrati con queste indagini, particolari che

valgono a riempiere alcune lacune, e costituiscono la base sicura di alcune interpretazioni morfologiche, delle quali l'Autore più avanti discorre.

Lo *studio microscopico* si collega con quello del corno d' Ammone, ed anche in questo campo di fine ricerche l'Autore esamina ed illustra ciascun strato di cui si compone l' organo, valendosi di sezioni numerosissime, le une *trasversali* e le altre *longitudinali* del corno d'Ammone. Lo studio appare assai interessante, onde ci sembra distrugga molte inesattezze accettate fin qui intorno all' anatomia fina del corno d'Ammone sulla fede di osservatori meno recenti.

Circa il significato poi che può avere lo stesso corno d'Ammone l'Autore dichiara esplicitamente di non credere che *l'ippocampo rappresenti una circonvoluzione*, come si ammette generalmente. *Esso sarebbe una modificazione speciale della corteccia, necessitata forse dalla formazione dell'appendice sfenoidale dei ventricoli laterali.*

Nove figure molto chiare, raccolte in due Tavole, completano la preziosa monografia.

LUDWIG F. — **Zur Anatomie der Zunge.** (*Sull' anatomia della lingua*(. München 1884.

È un grosso volume in 4.°, veramente splendido per edizione, nel quale la parte iconografica (52 tavole litografate, *a colori*) ha il predominio.

Viene studiata la lingua nei vertebrati, e la parte che si riferisce all'anatomia umana nello stretto senso della parola è, a vero dire, ristretta. Solo l'ultima Tavola (la 52.ª) dove sono rappresentate sei figure, riguarda l'*homo sapiens*, ed anche nel *testo* vengono dedicate a questo speciale argomento poche pagine.

L'Autore prende a considerare massime la disposizione dei muscoli, delle ghiandole e del rivestimento mucoso, trascurando affatto di dire dei vasi e dei nervi, che si trovano tanto copiosamente diffusi nell'organo.

GIACOMINI C. — **Nuovo processo per la conservazione delle sezioni di cadaveri congelati.** (Comunicazione e presentazione fatta alla R. Accad. med. di Torino in seduta 22 giugno 1883). Torino 1883.

Collo scopo di conservare indefinitamente i preparati di anatomia, siano pure estesi e complessi, e di mantenere alle varie parti di cui risultano costituiti la chiarezza necessaria ed i rapporti precisi rispettivi, il prof. Giacomini, dopo lunga serie di esperimenti, trovò conveniente di usare, modificato, il noto processo di Priesley-Smith, adoperato già per la conservazione dei bulbi oculari.

Trattandosi di preparazioni anatomiche molto più voluminose, e di dover conservare varie sezioni, verticali o trasversali, fatte in cadaveri previamente congelati, l' Autore trovò necessario di fare le principali modificazioni, che brevemente riassumiamo.

1.° L'induramento del *pezzo*, anzi che nel liquido di Müller, come nel processo di Priesley-Smith, viene conseguito coll'uso prolungato dell'alcool del commercio.

2.° Le proporzioni della miscela, nella quale i preparati devono essere definitivamente chiusi, sono modificate, poichè, invece di adoperarsi un miscuglio di 1 parte di gelatina, 6 di acqua e 6 di glicerina, si impiega l'altro di 1 a 3 a 6, col quale si ottiene una massa più consistente.

3.° I vasi che servono a raccogliere il pezzo sono cassette speciali, formate da due lastre di vetro proporzionate all'estensione della *sezione*, adattate in modo che sieno molto vicine alle due superficie della sezione stessa, e collegate fra loro perifericamente da una solida cornice di legno. La cassetta può aprirsi nella parte superiore del suo contorno per il collocamento del preparato, e per la introduzione del miscuglio conservatore. L'interno della cornice (margini laterali e fondo) è poi rivestito di vetro per impedire che, pel lungo contatto della miscela col legno, la massa inclusa abbia col tempo ad intorbidarsi, a danno della chiarezza dimostrativa.

Possono farsi sezioni di cadaveri, anche sottili, le quali, così conservate e disposte, offrono il vantaggio di poter essere comodamente studiate, senza che si alterino i rapporti topografici degli organi. È evidente il grande vantaggio che ne deriva specialmente al clinico e all'anatomico, che *potranno tenere nel loro gabinetto di studio preparati che, oltre al vantaggio grandissimo che hanno di ricordare al semplice sguardo, rapporti o disposizioni facili a dimenticarsi, non hanno gli inconvenienti degli ordinarj preparati di anatomia, ma si presentano semplici ed eleganti.*

Lo stesso processo modificato dal Giacomini può essere applicato anche a *pezzi*, che debbono servire per le preparazioni istologiche.

L'Autore chiude la Memoria dimostrando praticamente l'utilità dei suoi *preparati*, e con quest'intendimento indica sommariamente i principali rapporti del cuore con alcune vertebre dorsali, e principalmente con le apofisi spinose di queste.

Una *figura* (rappresentante la *sezione antero-posteriore della cavità del petto fatta in corrispondenza della linea mediana in individuo giovane*) è intercalata nel testo a maggiore illustrazione del dettato.

Anatomia anomala.

Romiti G. — **Notizie anatomiche.** (*Estratto dal Bollettino della Società tra i cultori delle scienze mediche in Siena.* Anno I). Siena, 1883.

In questa Memoria sono, in nove capitoli distinti, trattati argomenti diversi di Anatomia. Ricordiamo soltanto quelli che vanno compresi nella parte di *Rivista*, di cui qui si tratta.

Ancora sull'anatomia in Siena nel XV secolo. — È riferito un brano di documento del 1476; da cui appare che del cadavere di un tal Giovanni Polo, giustiziato, fu *fatta per li medici notomia*. Ciò l' Autore riporta a complemento delle notizie storiche premesse al *Catalogo ragionato del Museo anatomico della R. Università di Siena*. (Gli *Annali* fecero già cenno di questo lavoro pubblicato da G. Romiti e P. Lachi).

Duplicità nell'ostio addominale dell'ovidutto muliebre. — Si descrive un padiglione accessorio nell'ovidutto sinistro di una donna di 50 anni, suicida. L'orificio anormale dista 2 centim. dall' ostio normale, ed è liberamente comunicante col vano della tuba. L' Autore ricorda altri fatti consimili registrati nella letteratura anatomica, e dice che questa è la terza volta soltanto che gli è dato di vedere l'anomalia, onde forse non si può dirla tanto frequente, come taluno asserì. Col ripensare allo sviluppo della tuba l' Autore spiega giustamente l'anomalia stessa.

Di una singolare mala conformazione della vulva in una bambina neonata. Operazione. — Trattasi di una neonata, in cui si trovarono due bitorzoletti della vulva, dall' aspetto cavernoso, l' uno dei quali è lungo un centim. e mezzo e si impianta in basso verso l'imene. L'altro è altrettanto lungo, ma più sottile del primo, che è largo 5 millimetri e si attacca in alto sotto il meato urinario. I due corpicciuoli pendono frammezzo alla fessura vulvare. Null' altro fu trovato di anormale essendosi riscontrate sane e perfette le varie parti che compongono il pudendo esterno. Le piccole intumescenze furono convenientemente fatte escire ed esaminate, e si trovò che la *produzione superiore* non era altro *che un abnorme allungamento della colonna vaginale superiore*, mentre che la *produzione inferiore* rappresentava *una enorme esagerazione di quella piega cutanea che limita posteriormente la fossa navicolare o commessura posteriore*. All' Autore non è noto che la descritta mala conformazione sia stata da altri osservatori registrata.

Ancora sulle ossa interparietali umane. — È descritto un bell'esempio di osso interparietale alto 50 millim. e largo alla base 180, trovato nel cranio di un maschio, d' anni 34, senese. L' Autore insiste giustamente nel voler denominato così un osso (altrimenti detto *os incae*) il quale, di fronte all'embriogenia, costituisce quella parte della squamma dell'occipitale che, nella formazione, non è preceduta da cartilagine, e, di fronte all'anatomia comparata e all'anatomia del feto, rappresenta un osso distinto. Onde non va confuso colle comuni ossa wormiane, e più specialmente con quelle che si trovano talora nella sutura sagittale, e che Romiti vuole chiamate semplicemente wormiani interparietali. L'interparietale ora illustrato offre poi un' altra particolarità notevole, poichè *è diviso per una sutura obliqua da destra verso sinistra e distante dalla linea mediana 9 millim. in basso e 24 in alto, in due metà irregolari.*

Crani e cervelli di criminali. — Sono illustrati quattro crani, ed

rispettivi cervelli, di altrettanti delinquenti: due uxoricidi, un ladro recidivo, ed un omicida-suicida. L'Autore si ferma specialmente a rilevare i caratteri macroscopici delle circonvoluzioni frontali; dei crani fornisce le principali misure, quali si esigono oggigiorno dagli antropologi, ma non trae alcuna conclusione, limitandosi per ora a considerare i pezzi « dal solo punto di vista anatomico, acciò possano unirsi « a tutto l'altro materiale consimile osservato dai vari autori, special-« mente da Giacomini, e raccolto con cura da Enrico Ferri nel suo li-« bro: *Sull'omicidio.*

LUZZANI A. e STAURENGHI C. — **Relazione delle anomalie anatomiche trovate nelle dissezioni eseguite nel laboratorio di Anatomia normale della R. Università di Pavia** nell'anno scolastico 1882-83. (*Bollettino scientifico* redatto dai professori Maggi, Zoja e De-Giovanni: Anno V, N. 4 e Anno VI, N. 1, Pavia 1883-84).

In questo rendiconto gli autori danno un cenno conciso, ma sufficiente e chiaro, di varie anomalie anatomiche, descrivendole in ordine sistematico. Siccome il lavoro non si presta a riassunti, così indichiamo soltanto il titolo delle anomalie. Nell'*Osteologia* parlano, di un bellissimo esemplare di scafocefalia; di precoci sinostosi suturali in due individui ancor giovani; di casi di sutura metopica e di altre varietà ossee trovate nell'omero (apofisi sopra-epitrocleare), nell'ulna, nel femore. Nella *Miologia* trovarono un tendine d'inserzione omerale del muscolo grande dorsale; un fascio d'aggiunta al muscolo brachiale anteriore; l'inserzione inferiore comune dei due muscoli radiali esterni sulla faccia dorsale della base del 3.° metacarpo; una propaggine del muscolo brachiale anteriore che si inseriva all'aponeurosi anti-brachiale esterna; un fascio accessorio del bicipite che va a confondersi coll'inserzione superiore del muscolo pronatore rotondo; una duplicità di inserzione inferiore del muscolo bicipite. Nell'*Angiologia*: mancanza del tronco celiaco e complicazione d'origine dell'arteria epatica e mesenterica superiore, e di divisione della coronaria stomatica: duplicità delle arterie renali; singolari anomalie furono rinvenute nei tronchi che sorgono dall'arco dell'aorta, fra le quali la principale si riferisce all'origine e ai rapporti dell' arteria succlavia destra passante dietro l'esofago; precoce divisione dell'arteria omerale e varietà di decorso e di rapporti dei rami successivi; così altre varietà si rinvennero nelle arterie cubitale, radiale; fu veduta quattro volte l'arteria ima di Neubauer, e doppia la comunicante anteriore; molto interessanti per la pratica sono poi le anomalie trovate sui rami che procedono dalla arteria femorale nel triangolo di Scarpa. Nella *Nevrologia*, si è visto tre volte un filetto nervoso accessorio al tronco principale d'origine apparente del 4.° pajo de' nervi cranici: varietà di rapporti del nervo laringeo inferiore e del nervo mediano: il nervo muscolo cutaneo in un caso non perforava il muscolo coraco-brachiale; il grande ischiatico di due uomini dividevasi precocemente entro la

pelvi d'ambo i lati; in altri casi invece dividevasi al terzo medio della coscia: in una donna poi il grande ischiatico destro, precocemente diviso fin dal suo egresso dalla pelvi, si è visto che un ramo di divisione, il più piccolo, attraversava i lacerti del muscolo piramidale. Nella *Splancnologia*: è ben descritto un magnifico esemplare di reni a ferro di cavallo in donna d'anni 30, e quello di mancanza d'istmo del corpo tiroide in altra donna d'anni 25.

Sono poi interessanti le considerazioni che gli autori fanno sopra alcune delle anomalie accennate tanto dal lato pratico quanto da quello scientifico.

Legge F. — **Varietà delle ossa del cranio e della faccia riscontrate in alcuni crani camerinesi.** Camerino, 1883.

Col ricco materiale di 760 teschi di camerinesi, trovati in parte nell'ossario di Camerino e in parte in quello del villaggio detto S. Giovanni dell'Isola, l'Autore si propose di rilevare il grado di frequenza con cui si ripetono alcune anomalie delle ossa del cranio e della faccia. Riassumiamo brevemente le conclusioni:

1.° La sutura metopica si trovò persistente nella proporzione dell' 11,40 0[0.

2.° Nei parietali si riscontrò: 11 volte il *sulcus sagittalis externus*; 2 volte l'*osso anti-epilettico di Paracelso;* una volta la sinostosi completa di un parietale colla porzione squammosa del corrispondente temporale. Rispetto ai fori parietali, si trovò quanto segue:

Esistenti	in ambedue i lati	N. 212
»	a destra solamente	» 140
»	a sinistra	» 58
»	nella sutura sagittale	» 34
Mancanti	in ambedue i lati	» 316

3.° Nel temporale: una volta la divisione della porzione squammosa; quattro casi di apofisi mastoidea doppia; tre di ossa wormiane fra la rocca petrosa e la porzione basilare dell'occipitale; alcune volte la *fossetta sub-arcuata* di Tröltsch; in meno della metà dei casi l'*acquedotto di Verga*; poche volte la divisione della *pars-mastoidea* come accade negli animali; una volta la squamma del temporale si trovò fusa coll'occipitale.

4.° Nell' occipitale si trovarono moltissime anomalie che l'Autore descrisse in modo particolareggiato in altra Memoria (*Intorno ad alcune anomalie dell'articolazione occipito-atlantoidea*, Velletri, 1883) e che qui non fa che riassumere brevemente.

5.° Nello sfenoide: tre soli casi di varietà dell' apofisi pterigoide. (Di quest'osso l' Autore non potè esaminare che le superficie esterne).

Per ciò che riguarda le anomalie delle ossa della faccia si tenne conto:

1.° Della divisione dell'osso malare, che fu riscontrata una sola volta a destra.

2.° Delle ossa lagrimali accessorie, che si rinvennero in sei teschi.

3.° Delle ossa prenasali, che vennero rilevate in due casi; in due altri trattavasi di anomalie delle ossa nasali propriamente dette.

Legge F. — **Di una anomalia sinostotica del cranio.** (*Bollettino della Società medico-chirurgica camerinese*, N. 5, 1883). Camerino, 1884.

Trattasi della descrizione di un bel esemplare di cranio scafocefalico, avente un diametro longitudinale massimo di millim. 200 ed un diametro trasverso, pure massimo, di millim. 104.

Apparteneva ad un adulto, maschio; nessun'altra notizia si potè raccogliere in argomento; fa parte del museo anatomo-patologico della Università romana.

L'Autore fornisce le misure dei varii diametri e delle diverse curve, quali oggi si esigono per uno studio di craniologia; istituisce opportunamente confronti con altri esemplari consimili, e per ciò si vale dei noti lavori di E. Morselli sullo scafocefalismo.

Circa il modo poi con cui questa speciale forma di cranio può prodursi, l'Autore accetta l'opinione del Morselli stesso, e ritiene « che la « scafocefalia dipenda dall'originarsi dei due punti di ossificazione dei « parietali a distanza reciproca minore di quanto abitualmente avviene, « quasi cioè sulla linea mediana, e da una precoce fusione dei mede- « simi. »

Tuttavia, se questo avviene in generale, pare all'Autore che in certi casi speciali si debba pensare anche ai processi patologici, *che accidentalmente possono intervenire durante il periodo fetale.* Nel caso attuale forse il trovarsi l'atlante fuso coll'osso occipitale potrebbe avvalorare la supposizione, in quanto che, come a determinare quest'ultima saldatura, così anche a stabilire quella dei parietali si potrebbe dubitare abbia influito il medesimo processo patologico.

Lombroso C. — **Fossa occipitale mediana nelle razze umane.** (*Gazz. degli Ospedali*, 24 giugno 1883, N. 50). Milano, 1883.

Continuando le note ricerche sulla fossetta occipitale media, l'Autore qui rende conto delle numerose sue osservazioni fatte in argomento sopra crani appartenenti ad età e razze diverse.

Queste indagini tornano senza dubbio importanti, perchè, unite a quelle che lo stesso Lombroso ed altri fecero ai dì nostri sui teschi dei pazzi, de' sani di mente, e dei delinquenti della nostra razza, valgono ad aumentare il materiale per utili considerazioni antropologiche, e a dimostrare come la presenza della fossetta, di cui è parola, sia un segno di atavismo.

Gli americani sarebbero quelli in cui più frequentemente si nota la

fossetta (26 0[0), poscia vengono i semiti (22,2 0[0), i crani *antichissimi* (19,4 0[0), i *preistorici* (18,1 0[0), ecc.

L'Autore si vale di queste nuove osservazioni per dedurre delle conclusioni interessanti, indirette, nello scopo massime di dimostrare « l'a- « tavismo nelle anomalie craniche dei delinquenti e dei pazzi, e di of- « frire una nuova prova dei legami che uniscono queste due infermità. »

Oltre a ciò l'Autore crede si possa dimostrare che « le anomalie « atavistiche non si riscontrano tutte colla stessa frequenza nelle razze « più selvagge; ma che, pure, essendovi esse più frequenti che nei po- « poli più civili, variano singolarmente nella proporzione e senza che « il mancare dell'una o dell'altra possa dirsi segno di maggiore infe- « riorità nella razza. »

ZOJA G. — **Sopra un solco men noto dell'osso frontale (*solco soprafrontale*).** Nota. (*Mem. del R. Ist. Lomb.* Vol. XV. Milano 1884).

L'Autore chiama l'attenzione degli studiosi sopra un solco che esiste non di rado alla parte esterna della gobba frontale, e precisamente tra questa e la cresta temporale dell'osso medesimo con una nota divisa in due capitoli.

Nel 1.° capitolo descrive il solco, da lui chiamato per brevità *solco soprafrontale*, quale si trova sul nudo scheletro, dopo aver esaminati 908 cranii dei due sessi, delle varie età, appartenenti a popoli differenti ed a persone sane e morbose, esistenti nei gabinetti anatomici dell'Università di Pavia, del manicomio di Voghera, dell'Ospitale Maggiore di Milano e del Museo civico della stessa Milano.

Riguardo alla esistenza del solco le osservazioni furono raccolte nel seguente specchietto:

	Teschi esaminati	ESISTE IL SOLCO					
		d'ambo i sessi	solo a destra	solo a sinistra	totale	Proporzioni	Percentuale
Istituto anatomico di Pavia	333	21	7	26	54	54/333	16.21
Museo del Manic. di Voghera	191	11	14	22	47	47/191	24.60
» civico di Milano . .	279	12	13	6	31	31/279	10.14
» dell'Osp. Magg. di Milano	105	10	1	7	18	18/105	17.14
	908	54	35	61	150	150/908	16.40

Rispetto alla frequenza confrontando i due sessi le osservazioni furono distribuite come segue:

		Uomini	Donne	Totale	CON SOLCO Uomini	CON SOLCO Donne	Proporz. uomini	Proporz. donne	Percent. uomini	Percent. donne
Teschi esaminati	a Pavia	257	76	333	40	14	40/257	14/76	15.50	18.41
	a Voghera	98	93	191	24	23	24/98	23/96	24.45	24.74
		355	169	524	64	37	64/355	37/169	19.77	21.57

IL SOLCO ESISTE POI		Uomini	Donne	Proporzioni uom.	Proporzioni donne	Percentuale uom.	Percentuale donne
D'ambo i lati	a Pavia .	16	5	16/40	5/14	4.0	3.5
	a Voghera	6	5	6/24	5/23	2.5	2.1
Solo a destra	a Pavia .	6	1	6/40	1/14	1.5	0.7
	a Voghera	8	6	8/24	6/23	3.3	2.6
Solo a sinistra	a Pavia .	18	8	18/40	8/14	4.5	5.6
	a Voghera	12	10	12/24	10/23	5.8	4.3

Tanto nei cranii normali quanto nei patologici esaminati rilevasi, si può dire costantemente, che quando esiste il solco d'ambo i lati non è mai egualmente manifesto, ma è più sviluppato da un lato che dall'altro, e quasi costantemente dal lato sinistro il solco è piu profondo e più esteso di quello che non sia dal destro. È ancora da avvertirsi che anche quando esiste da un lato solo, se si confrontano i casi nei quali trovasi a destra con quelli a sinistra, questi sono ordinariamente più

appariscenti di quelli. Si può dire che trovasi in tutte le età, poichè fu veduto tanto sopra adulti quanto sopra bambini e sopra vecchi di 92 e fino di 104 anni. Si incontra poi e sui cranii moderni dei nostri paesi e su quelli appartenenti ad età remote e a paesi ed a razze differenti. Fu trovato non solo nei teschi normali, ma anche in quelli patologici, e segnatamente nei pazzi.

Sullo scheletro il solco appare ordinariamente sotto forma di una solcatura più o meno manifesta, di variabili dimensioni, situata alla parte esterna della faccia anteriore dell'osso frontale, tra la gobba e la cresta temporale dell'osso medesimo, dalla quale cresta dista da un centimetro e mezzo a due, diretta dal basso all'alto e dall'avanti all'indietro. Solitamente il solco è più appariscente nel centro dell'altezza dell'osso, dove questo è più convesso, tre o quattro centimetri al di sopra dell'arcata orbitale, di quello che non sia più in basso o più in alto. Prolungando il solco in basso andrebbe a cadere nel mezzo dell'arcata orbitale, e quindi all'esterno del foro o incisura sopraorbitale quasi un centimetro: prolungandolo invece all'indietro, finirebbe al *lambda* o un po' più in alto, cioè verso l'*obelion* incrociando la sutura coronale circa alla metà del suo lato corrispondente.

La situazione del solco soprafrontale varia qualche volta, ma in genere entro limiti circoscritti, così talvolta trovasi equidistante dalla gobba e dalla cresta temporale del frontale, tal'altra invece è molto più presso a questa che a quella; tal'altra, al contrario, è più vicina alla gobba. Non si è mai veduto che il solco passasse addirittura sulla gobba, come asseriscono Velpeau ed altri. Quantunque esso appaia più frequente nella donna che nell'uomo, è però sempre nell'uomo che si manifesta più profondamente incavato nell'osso. Le sue dimensioni variano bensì, ma in generale si tengono in armonia proporzionata; così quando è sufficientemente profondo è anche lungo e viceversa. Dal solco più profondo al più superficiale si trovano naturalmente tutte le gradazioni intermedie.

Quando è bene appariscente, il che succede di osservare all'incirca nella metà dei casi, è lungo da due a tre centimetri, talvolta però è più breve e tal'altra invece si prolunga molto di più, e cioè fino a cinque ed anche a sei centimetri, in questi casi il prolungamento si fa di solito in basso ed all'avanti fin da raggiungere l'arcata orbitale, piuttostochè all'alto ed all'indietro, dove il solco non arriva poi mai fino alla sutura coronale.

La larghezza e la profondità del solco bene sviluppato sono tali da accogliere il corpo di uno specillo ordinario; in altri casi, quando è più ristretto e più superficiale, non può nascondere che parte di un piccolo ago. Di solito è più profondo al centro che alle estremità quando però si prolunga molto in basso conserva la sua maggiore profondità anche quivi. In questi casi si vede inoltre che esso comunica manifestamente con un foro sopraorbitale, da cui anzi il solco stesso

prende, si può dire, la sua origine. Ma su questo proposito importa notare che alcune volte il foro è speciale e trovasi o nel mezzo dell'arcata orbitale od anche più in fuori; e in tali casi il solco dalla sua origine procede in alto tenendo un decorso ordinariamente rettilineo. Quando invece il solco trae la sua origine direttamente dal foro o incisura sopraorbitale ordinaria, allora si dirige prima in alto ed all'esterno fino a livello della linea sopraorbitale, all'altezza dell'*Ophryon*, poi si spiega ad angolo ottuso per salire come di consueto.

Devesi notare pur anche che il solco nella sua parte inferiore alcune volte è sostituito da un canaluccio speciale.

Il solco soprafrontale ordinariamente è semplice e rettilineo, ma in taluni casi offre delle diramazioni laterali e terminali; così in un uomo di 35 anni si vide un piccolo ramo staccarsi ad angolo acutissimo dalla parte interna della metà del solco principale, dirigersi all'indentro ed in alto, facendosi sempre più superficiale per terminare insensibilmente dopo il tragitto di un centimetro circa. In questo istesso caso il solco soprafrontale termina all'indietro biforcato. La medesima cosa venne osservata in altri tre cranii d'uomini della media età.

Generalmente il solco è rettilineo; però in qualche caso presenta, verso la metà del suo decorso, una dolce curva colla convessità rivolta all'infuori. In sei casi poi di Pavia, undici di Voghera, sei del Museo Civico e due dell'Ospitale di Milano, si osservano due solchi sul medesimo lato, avvicinati tra loro ma perfettamente distinti, e dei quali l'interno è sempre più piccolo dell'esterno.

Fra i casi più singolari l'Autore nota i seguenti quattro del Museo anatomico di Pavia, che gli parvero meritevoli di speciale attenzione, perchè al solco succede in basso un canaluccio più o meno completo, e dei quali evidentemente l'uno è la diretta continuazione dell'altro.

In un uomo di circa 50 anni, si osserva che il canaluccio del solo lato sinistro, e che fa seguito al solco soprafrontale, è molto breve, un centimetro circa. L'apertura superiore, continua al solco, potrebbe essere considerata come l'apertura del foro sopraorbitale un po' spostata in alto ed all'esterno, se non esistesse il suo vero foro sopraorbitale al luogo solito. Nell'orbita però si vede una sola apertura comune all'uno e all'altro.

Il secondo caso appartiene ad un giovane viennese di 19 anni. In questo il solco soprafrontale è pure appariscente solo a sinistra, ma è doppio. Ciascun solco continuasi in basso con un canaluccio distinto, il quale, discendendo nello spessore dell'osso, si unisce al compagno ad angolo acuto, e così di due canali ne risulta uno solo che va ad aprirsi nell'orbita per mezzo di un piccolo pertugio situato subito al di dietro della metà dell'orlo orbitale, sette millimetri all'infuori dell'incisura sopraorbitale. Fra le due estremità inferiori dei solchi notasi un altro forellino che mette in altro canalino discendente verso l'orbita e che presto si unisce agli altri, concorrendo a formare il canaluccio comune, il quale è lungo 28 millimetri.

In un altro individuo di circa 40 anni appartenente ad un greco antico si osserva l'esistenza del solco soprafrontale d'ambo i lati, ma mentre quello di sinistra presenta, ad eccezione di una maggiore profondità, i soliti caratteri degli altri, a destra invece sulla continuità del solco si notano due ponticelli ossei che lo convertono, al loro livello, in due brevi canalucci, lunghi sei o sette millimetri. Qui abbiamo un esempiare che ricorda in qualche modo ciò che osservasi talvolta lungo i solchi ossei che ricettano le diramazioni dell'arteria meningea media, o, ma più raramente, in quelli che accolgono il nervo milojoideo.

L'ultimo caso osservasi sul cranio di un peruviano antico. In questo cranio, già notevole per altri caratteri speciali, si vedono anche due solchi soprafrontali, uno per ciascun lato, ma qui, a differenza di ciò che trovasi comunemente, il destro è più manifesto del sinistro. Tanto a destra poi quanto a sinistra il solco in basso continuasi con uno speciale canaluccio che viene ad aprirsi nell'orbita, a sinistra nel foro sopraorbitale, mentre a destra pare che termini ad un forellino distinto situato più all'infuori e più all'indietro dell'origine del foro sopraorbitale del corrispondente lato. Il canaluccio sinistro è lungo millimetri 28 ed il destro millimetri 40.

Nel 2.° capitolo sono raccolte le ricerche fatte sul cadavere allo scopo di determinare l'organo che si raccoglie nel solco, osservazioni reclamate tanto più in quanto che i pochi autori che accennarono a questo argomento sono discordi tra loro, ammettendo taluni che nel solco decorra un'arteria, altri invece un nervo.

Dopo numerose osservazioni in proposito l'Autore trovò casi dai quali potè assicurarsi nella maniera più manifesta che il solco soprafrontale *ricetta un filamento nervoso* (diramazione del nervo frontale esterno) accompagnato da vasellini in numero di due o più.

Il nervo nel solco non è a contatto dell'ossatura sotto il periostio ma appoggia sul periostio, o per meglio dire decorre nello spessore dello stesso: il foglietto del periostio sottostante al nervo si affonda nel solco e aderisce all'ossatura in modo analogo a quello che osservasi nelle parti vicine. In un caso ha veduto che sollevando il periostio dal solco si rompevano dei vasellini che dalla diploe venivano ad anastomizzarsi con quelli che decorrevano satelliti al nervetto. Un'altra volta tra i vasellini stessi notò un filamento nervoso che uscendo dallo spessore dell'osso andava a distribuirsi alle parti superficiali (verso la pelle) senza punto anastomizzarsi col nervo del solco.

Nei casi in cui il nervo perviene al solco dopo avere attraversato un proprio canaluccio, comincia nel solco ad accompagnarsi coi vasi o non mai prima: nel canale è sempre solo. Pare quindi che il canale sia esclusivamente nervoso, e il solco vascolo-nervoso.

Dalle osservazioni scheletriche e cadaveriche l'Autore è condotto a conchiudere che il solco soprafrontale:

1.° Si trova nella proporzione dal 16,40 per 100 sulla totalità dei casi.

2.° In proporzione è più frequente nella donna che nell'uomo benchè quando esiste, sia più sviluppato in questo che in quella; più frequentemente, in proporzione, nei pazzi che nei sani; più raro nei teschi antichi che nei moderni.

3.° Più di sovente si incontra sopra un lato solo che sopra tutti e due, e fra i due sul lato sinistro è più frequente e più manifesto che sul destro.

4.° Decorre dal basso all'alto e dall'avanti all'indietro, sulla faccia anteriore del frontale tra la gobba e la cresta temporale del frontale stesso.

5.° È di dimensioni variabili, ma di solito da 2 a 5 centimetri in lunghezza, e da uno a due millimetri di profondità.

6.° Talvolta comunica coll'incisura sopraccigliare, tal'altra no, tal'altra ancora con un canaluccio speciale diretto in basso ed all'avanti.

7.° Solitamente è rettilineo ed unico, ma talvolta curvilineo, ramificato, doppio e anche triplo.

8.° Accoglie un filamento del nervo frontale associato a piccoli vasi sanguigni.

9.° Quando è molto manifesto è principalmente scavato dai vasi e secondariamente dal nervo.

10.° Sviluppasi per adattamento dopo la nascita e permane per tutta la vita.

11.° Non esiste negli altri animali, neppure nelle scimie, e negli antropoidi, solo il *Bos taurus* l'ha tracciato.

12.° Se è bene sviluppato, può essere riconosciuto durante la vita, mediante opportuna ispezione.

13.° Ha importanza pratica tanto in chirurgia quanto in medicina legale.

14.° È talvolta sostituito in tutto o in parte da un canaluccio.

15.° Quando il solco esiste col canale o sono di capacità pressochè eguale o il solco è più capace del canale, non mai il contrario.

16.° Il canale non ha significato pratico se non per spiegare la persistenza di certe nevralgie dopo la recisione del nervo frontale.

Quattro figure illustrano questa nota.

ROMITI G. — **Nuove osservazioni di processo e canale sopracondiloideo omerale nell'uomo.** (Dai *Processi verbali della Società toscana di scienze naturali.* Adunanza del dì 4 maggio 1884).

L'Autore descrive due esemplari di processo e canale sopracondiloideo, rinvenuti l'uno a destra in un giovane d'anni 22, l'altro a sinistra in una donna d'anni 45. Nel primo caso l'osservazione cadde sull'*osso spolpato*, nel secondo sul *cadavere fresco*, onde in questo l'esame è più completo, e l'Autore, oltre all'anomalia ossea, ebbe campo di descrivere altre anomalie concomitanti, quali il passaggio del nervo me-

diano e del tronco delle arterie interossee attraverso il canale sopracondiloideo (costituito dallo sdoppiarsi del tramezzo aponeurotico intermuscolare interno), la prematura divisione dell'arteria omerale, ed un capo soprannumerario del muscolo pronatore rotondo, che si fissa all'apice dell'anomalo processo osseo.

Altri più minuti particolari di descrizione sono riferiti, come pure vengono ricordati i casi consimili di Giacomini, di Gruber, di Calori, di Tiedemann, e quelli che l'Autore stesso altra volta pubblicò, nel 1881, e nel 1883.

Legge F. — **Intorno ad alcune anomalie della articolazione occipito-atlantoidea osservate nei crani camerinesi.** Velletri, 1883.

In questa Memoria l'Autore registra parecchie anomalie dell'articolazione suddetta, dividendole in cinque categorie:

Nella 1.ª categoria descrive nove casi di *alterazione di forma e di posizione dei condili occipitali,* fra i quali uno è anche provveduto di processo *para-occipitale,* del quale parla poi diffusamente nella 2.ª categoria, intitolata appunto *Processo para-occipitale e sue modificazioni.* Di questa singolare anomalia l'Autore descrive un bel esemplare osservato sul cranio di un vecchio, con tutte le suture saldate ed i margini alveolari distrutti, appartenente con tutta probabilità ad una donna. Il processo para-occipitale è situato a sinistra, al di fuori del condilo occipitale corrispondente, col quale è fuso in parte, al di sopra del forame giugulare, e all'interno dell'apofisi mastoidea, dalla quale è diviso mercè l'incisura digastrica. Esso è costituito quasi tutto da sostanza spugnosa, è diretto un poco obliquamente dall'alto al basso, e dall'avanti all'indietro. È molto robusto, misurando alla base 16 mill. di lunghezza e 19 millim. di altezza. La sua faccia anteriore è convessa, concava la posteriore: la sua base è attraversata verso il suo lato interno da un canale che rimpiazza il canale retro-condiloideo. Sull'apice l'apofisi anomala presenta una faccetta articolare ellissoidale concava di circa 9 m. q.

In proposito l'Autore poi, dopo aver ricordato i principali scrittori che si occuparono dell'argomento, al lume di altre osservazioni circa le varietà del processo stesso, e circa la sua genesi ritiene che, per la sua significazione rispetto all'uomo, il nome di processo para-occipitale non dovrebb'essere più conservato.

Nella 3.ª categoria parla dei *tubercoli basilari*: di questi registra parecchi esemplari, dai quali, chiudendo l'articolo, rileva che essi hanno tre principali modi di apparire: 1.° Tubercoli basilari indipendenti, ma congiunti coi condili laterali: 2.° Tubercoli basilari indipendenti dai condili laterali e fra di loro divisi, e 3.° Tubercoli basilari indipendenti o no dai condili laterali, ma fusi più o meno completamente fra loro. Dei tre differenti aspetti l'Autore presenta anche figure.

Nella 4.ª categoria tratta del *terzo condilo*. Questa varietà dell' osso occipitale fu dall' Autore veduta due sole volte sopra 780 cranii esaminati. Il primo caso, trovato nel cranio di un individuo adulto, brachicefalo, consisteva in un processo (condilo) avente un diametro antero-posteriore di 9 millim. e di millim. 12 da destra a sinistra, ed una altezza di millim. 7. Il secondo caso fu veduto su altro cranio di bellissime forme, brachicefalo. Nella parte anteriore del foro occipitale appajono due condili, dei quali il destro è più sviluppato dal sinistro. Anche di questi esemplari l' Autore presenta figure.

La categoria 4.ª è riservata alla *Fusione dell'occipitale con l'atlante*. Descrive di questa varietà ossea cinque casi (trovati su 780 teschi). Di uno, appartenente ad un individuo giovane, l' Autore presenta anche la figura. Fa risultare la frequente coincidenza della anchilosi occipito-atlantoidea colla fossetta cerebellare mediana (2 volte in 5 casi) armonizzando così colle osservazioni del Lombroso.

MOUBRAC O. — **Recherches anatomiques et physiologiques sur le muscle sterno-cleido-mastoïdien.** (*Ricerche anatomiche e fisiologiche sul muscolo sterno-cleido-mastoideo*). In: *Thèse de Bordeaux*, 1883).

Il signor X. Arnozan riassume nella *Revue des Sciences médicales* (1884, N. 46, pag. 407 e seguenti) questa tesi nel modo seguente:

« Lo sterno-cleido-mastoideo costituisce un gruppo muscolare più « complicato di quello che non l'indichino gli autori. Secondo Maubrac « esso comprende quattro fasci: sterno-mastoideo, sterno-occipitale, « cleido-occipitale, cleido-mastoideo. Quest'ultimo è profondo, i tre primi « sono superficiali. Il cleido-mastoideo si distingue anche per la sua « innervazione che esso deve pressochè esclusivamente allo spinale, « dove che gli altri fasci ricevono dei filetti anastomatici dallo spinale « e dal terzo pajo cervicale, e per la sua azione che tende soprattutto « ad aumentare la flessione della testa, dove che i fasci sternali sono « estensori e ruotatori della testa, e non divengono flessori se non « quando la flessione è già iniziata. Il capo sterno-mastoideo solleva lo « sterno alla fine dell'inspirazione e rallenta l' espirazione. Per la mo- « bilità che esso imprime alla testa, questo muscolo, secondo il pro- « fessore Bouchard, è un ausiliario agli organi dei sensi: esso permette « di dominare pressochè la totalità dell'orizzonte. »

Sulla distinzione dei fasci dello sterno-cleido-mastoideo l'Autore dimentica che in precedenza fece ripetute e interessanti ricerche e considerazioni anche il nostro prof. Vlacovich di Padova.

LEGGE F. — **Di alcune anomalie muscolari osservate nella camera settoria della libera Università di Camerino,** diretta dal dott. F. Legge. (*Dalla Gazzetta Medica di Roma*. Roma 1883).

1. *Biforcazione del muscolo sterno-ioideo*. — Questa anomalia fu

osservata nel cadavere d'un uomo robusto. Risiede al lato destro dove il muscolo, procedendo all'osso joide, si dirige in basso sotto forma di un bel nastro compatto per un tratto di 98 millimetri. In questo punto esso si divide in due fasci di pressochè eguale robustezza. Di questi uno si dirige verticalmente in basso verso l' estremità sternale della clavicola destra, inserendosi esclusivamente alla faccia interna del capo articolare della clavicola stessa; l'altro si porta obbliquamente in basso ed all'esterno per inserirsi verso la metà della clavicola, immediatamente al di sopra del muscolo succlavio. Fra i due fasci resta un triangolo colla base, larga 23 millim. sulla clavicola, e l' apice in alto, 49 millim. dalla base, in corrispondenza del punto di biforcazione. Il fascio nerveo-vascolare occupa quasi l'intiera area del triangolo.

Il muscolo sterno-joideo del lato opposto è affatto normale.

L' Autore dopo avere rilevato la rarità delle anomalie in genere di questo muscolo, nota che una simile a questa non ne conosce esempio. Dichiara poi che non trovò nulla d'analogo nei mammiferi più o meno vicini all'uomo, guidato naturalmente in queste ricerche dalla teoria filogenetica.

2.° *Tensore della guaina del flessore profondo delle dita.* — L' Autore dà questo nome ad un esile muscoletto da lui trovato nell'antibraccio sinistro di un uomo adulto e discretamente robusto. Questo muscolo anomalo si origina dal legamento interosseo, ma sembra essere una dipendenza del lungo flessore del pollice, poichè le fibre muscolari del suo piccolo ventre si confondono colle fibre più basse di questo. Mentre però le fibre del flessor lungo si dirigono obliquamente verso l'esterno per andare ad impiantarsi sul margine interno del loro tendine d' inserzione, le fibre invece del muscoletto anomalo si riuniscono in un piccolo ventre muscolare indipendente e di forma rotonda. A questo ventre fa seguito un sottile, ma discretamente robusto tendine il quale ha una lunghezza di 24 millim., mentre la porzione muscolare ne misura 46. L'intiero muscoletto può rappresentarsi sotto forma di un lungo e sottile cono coll'apice in basso e la base confondentesi colle fibre inferiori del lungo flessore del pollice in alto. Dirigesi pressochè verticalmente in basso, discostandosi lievemente dal tendine del flessore lungo del pollice, finchè, arrivato a livello del bordo superiore del legamento trasverso del carpo, si piega un po' bruscamente verso la linea mediana. In questo punto esso è situato fra i tendini del muscolo flessore profondo delle dita, da cui resta separato dalla guaina loro propria, ed i tendini del flessore superficiale che lo ricoprono. Continuando il suo cammino frammezzo ai tendini suddetti tende sempre più a portarsi nel mezzo, irradiando le sue fibre sintantochè si perde completamente confondendosi colle fibre, che costituiscono la guaina del flessore profondo; e ciò rimanendo sempre sotto il legamento trasverso.

Anche di questo muscoletto l' Autore non ha trovato esempio desc tto nei libri.

3.° *Anomalo fascio tendineo del gran pettorale.* — Questa anomalia fu riscontrata nel cadavere di una vecchia di bassa statura, e assai e-nutrita. Dal bordo inferiore del gran pettorale destro, 3 o 4 centimetri circa prima della sua inserzione omerale, si stacca una benderella fibrosa compatta, lucente, madreperlacea, la quale discendendo obliquamente in basso ed infuori, incrocia successivamente e ad angolo acuto il coraco-brachiale, il corto e il lungo capo del bicipite e finalmente il brachiale anteriore. Giunta all'estremità inferiore del braccio si getta al suo lato esterno e finisce all'epicondilo. Se non che prima di giungere ad esso le sue fibre dividendosi ad angolo acuto danno origine a 3-o 4 brevi, ma robusti fascetti secondari, i quali si perdono intrecciando le loro fibre con quelle della porzione inferiore del legamento intermuscolare esterno.

Questa benderella può essere paragonata, per l'aspetto, al tendine del muscolo palmare superficiale. È situata nello spessore della fascia superficiale del braccio, nella quale decorre mantenendo la propria individualità, poichè non contrae con essa adesioni di sorta.

Questa anomalia è rara, ma fu però osservata da alcuni autori: rappresenta una disposizione normale in molte scimie e ricorda la disposizione muscolare dell'ala degli uccelli.

VARAGLIA S. — **Varietà del muscolo piccolo pettorale.** Torino, 1883.

Premessi alcuni rapidi cenni bibliografici relativi all'argomento trattato, l'Autore riferisce il risultato delle sue osservazioni fatte intorno al muscolo piccolo pettorale in 78 cadaveri, 47 di maschi e 30 di femmine. Sono ricordati e descritti i seguenti casi anomali:

1.° Fibre muscolari che vanno o tendono alla clavicola; 2.° Fibre tendinee che vanno alla capsula articolare dell'articolazione scapolo-omerale; 3.° Tendine che si reca al legamento glenoideo; 4.° Tendine che si reca al tendine del muscolo sopraspinato; 5.° Fascio tendineo che si reca direttamente all'omero.

L'Autore chiude lo scritto indicando a rapidi tratti le analogie che si hanno fra le varietà muscolari illustrate ed i muscoli corrispondenti normali di altri mammiferi.

LACHI P. — **Le varietà dei muscoli della gamba.** (*Estratto dagli Atti della R. Accad. dei fisiocritici.* Ser. III, vol. III). Siena 1883.

Nel ricordare sommariamente le numerose varietà che si sogliono incontrare nei muscoli della gamba, e che vennero già menzionate da molti anatomici, l'Autore descrive quelle che egli stesso ebbe opportunità di osservare nell'Istituto di anatomia umana della R. Università di Siena.

Per comodità di descrizione sono mantenute le solite divisioni, fatte dai trattatisti, e cioè vengono distinte le regioni: *anteriore, esterna,*

posteriore superficiale e *posteriore profonda*, in ciascuna delle quali (considerate partitamente) trovano posto tutte le varietà prese in esame.

Fra i muscoli della regione anteriore l'Autore trovò soprannumerario *un fascio muscolare fusiforme, carnoso superiormente, di cui il massimo diametro è un centimetro*, il quale, scendendo fra la tibia ed il muscolo tibiale anteriore, si inserisce in basso sul legamento anulare del tarso, *presso la metà sua e nella parte più anteriore.*

Del pari nella stessa regione si notò un altro fascetto accessorio, appendice dell'estensore lungo comune delle dita, portarsi alla testa del 5.° metatarso, distinto dal muscolo peroneo anteriore.

Nella *regione esterna* l'Autore trovò due esempi di un *quarto* muscolo peroneo, *inserito al terzo inferiore del perone nella sua faccia posteriore per un'estensione di circa 6 centimetri*, e fisso in basso per mezzo di un sottile tendine alla *tuberosità esterna del calcagno.* Inoltre fu notata la presenza, in donna d'anni 55, di *un muscoletto fusiforme*, largo un centimetro, che, attaccato in alto alla testa del perone, veniva a sperdersi inferiormente sul terzo inferiore del lungo peroneo laterale.

Nella *regione posteriore* (strato superficiale) viene descritto un piccolo muscolo anomalo, biventre, che, originato per mezzo di una lunga striscia tendinea, inserita alla testa del perone e alla linea poplitea della tibia, finisce al quarto inferiore della gamba sotto forma di due piccoli muscoli gemelli, i quali si fissano, uniti *in un unico tendine cilindrico, al davanti e all'interno del tendine d'Achille.* Tale anomalia, simile ad un'altra descritta già da Henle, fu rinvenuta a sinistra nel cadavere di una ragazza d'anni 22.

Nello *strato profondo* l'Autore osservò, in un maschio di età avanzata, un muscoletto accessorio al lungo flessore comune delle dita, sorto dal quarto inferiore del perone (faccia posteriore) e terminante in basso nella pianta del piede, là dove il flessore comune sta per dividersi *nei tendini destinati alle varie dita del piede.*

Fu pure osservato, nel medesimo strato, un muscolo tibiale posteriore accessorio, in ambedue i lati, che « nasceva dalla faccia posteriore « della tibia presso il suo estremo inferiore, e, ridotto in un tendine « cilindrico, si inseriva nel calcagno al davanti del tendine di Achille.

Nella Memoria sono frequenti le citazioni e le considerazioni di anatomia comparata, vuoi rispetto alle varietà notate dall'Autore, vuoi in riguardo delle altre rilevate dai molti anatomici, che si occuparono delle varietà dei muscoli della gamba.

Completano lo scritto tre figure: una rappresenta il muscolo tibiale anteriore accessorio; la seconda il muscolo anomalo della regione profonda della gamba; la terza il muscolo accessorio del lungo flessore comune delle dita del piede

Bianchi S. — **Di un cuore triloculare biatrato in adulta.** (*Rivista Clinica*). Bologna, 1882.

Il cuore descritto in questa *Nota* è quello di una giovane, d'anni 19, nubile, morta nella Clinica medica della R. Università di Siena il 27 marzo 1882.

Oltre ad altre alterazioni che riguardano strettamente l'anatomia patologica, come pericardite cronica, ipertrofia eccentrica generale, dilatazione dell'orecchietta destra, ecc., il viscere presentava la mancanza quasi totale del tramezzo interventricolare, ed una libera comunicazione delle due orecchiette attraverso la fossa ovale, per mezzo di un corto condotto risultante dall'incompleto saldamento dei due segmenti costituenti la *fossa* ovale medesima. L'Autore dà giustamente maggior valore alla prima di queste due anomalie, e ne ricerca con diligente analisi le ragioni nel campo dell'embriologia patologica.

Lo stesso cuore poi offriva trasposizione dei caratteri anatomici dei due ventricoli, essendosi trovate, cioè, proprie dell'una cavità tutte le caratteristiche che avrebbero invece dovuto appartenere all'altra. L'Autore cerca anche di spiegare come dovesse accadere la circolazione sanguigna in un viscere tanto anormale, e come con un vizio sì grave e primitivo abbia potuto la donna campare sino a 19 anni. Frequenti citazioni bibliografiche corredano il dettato.

Lo scritto è seguito da due figure litografate nitide e dimostrative.

Tenchini L. — **Di una rara anomalia delle arterie e delle vene emulgenti.** (*Bollettino Scientifico*. N. 2, giugno 1834). Pavia, 1884.

Trattasi di una anomalia assai complicata de' vasi sanguigni emulgenti, rilevata in un uomo di circa 60 anni, colla statura di m. 1,80.

Arterie. — A destra si trovano due arterie renali, una delle quali si divide in parecchi rami, innanzi di toccare il rene; a sinistra si ha una sola emulgente, ma precocemente divisa in tre cospicue diramazioni, di cui la più alta penetra nel rene senza attraversarne l'ilo.

Vene. Le anomalie qui sono più numerose, perchè a *destra* si hanno tre tronchi voluminosi, che separatamente (traendo dall'ilo) giungono alla vena cava ascendente a varie altezze; a *sinistra* due vene prima escono dall'ilo renale corrispondente, le quali si anastomizzano fra loro d'un tratto, e poscia si sciolgono in tre rami grossi distintissimi, prima di sboccare nella vena cava inferiore. Aorta e cava poi sono intrecciate dai vasi anomali, per modo che, se a destra le arterie passano l'una avanti e l'altra dietro la cava, a sinistra sono le vene che girano in alto all'avanti e in basso dietro l'aorta.

L'Autore da questa descrizione prende argomento per fare alcune considerazioni relative massime alla estirpazione del rene, e ai pericoli ai quali sarebbe esposto il chirurgo se dovesse incontrare anomalie, simili alla descritta.

Si accenna il dubbio che negli individui a statura alta sia più facile imbattersi in questi casi insoliti, che del resto non sono rarissimi.

Viene in ultimo ricordato brevemente lo sviluppo dei vasi della parete posteriore della cavità addominale, per ispiegare le anomalie descritte, e per dire come queste (specie rispetto alle vene) si verifichino più spesso a sinistra che non a destra.

Una figura litografica (a due terzi dal vero) completa la *Nota*.

Romiti G. — **Di una rara arteria aberrante nel braccio.** (*Estratto dal processo verbale della Società Toscana di Sc. naturali.* maggio 1883).

Nel braccio destro di una donna adulta l' Autore trovò una rara anomalia arteriosa, che va classificata fra le *sotto-varietà aberranti ulnari.* L'arteria anomala trae dall'omerale fra il suo terzo medio ed il terzo superiore e finisce nella cubitale, mezzo centimetro sotto la sua origine normale.

Il caso è certo interessante per la sua rarità, e per ispiegarlo l'Autore ricorre giustamente all'embriologia, per la quale si comprende come una anomalia de' vasi altro non rappresenti che la persistenza o l'esagerazione di uno dei tronchi, che nell'embrione concorrono a costituire la rete vascolare primitiva. Il fatto è molto più comune pel sistema venoso; ciò nondimeno si verifica spesso anche per l' arterioso, ed in entrambi i casi devesi pensare alla medesima ragione embriogenetica.

Lachi P. — **Di una varietà del pavimento del quarto ventricolo.** (*Lo Sperimentale,* fasc. 9.°, settembre 1883).

Con questo titolo l' Autore pubblica una *Nota* nella quale viene descritta una singolare varietà nella disposizione delle barbe del Calamus sul pavimento del 4.° ventricolo. Fu oggetto di osservazione il cadavere di una donna in sulla quarantina, ben conformata, e morta per polmonite. Il caso è notevole per ciò massime che si trovano alcune strie midollari, le quali hanno direzione longitudinale, e sono molto manifeste. L'Autore, non ritenendole appartenenti al nervo acustico, giudica che esse altro non sieno che le fibre nervose del midollo spinale, dirette verso l'encefalo.

L' Autore dà dell'esemplare una minuta descrizione, ricordando i principali autori che si occuparono delll' argomento, e ricorrendo giustastamente alle leggi di embriogenia per la spiegazione del fatto.

Una figura litografica correda lo scritto.

Lachi P. — **Un caso di mancanza del setto lucido consociato a porencefalia.** (Dalla *Rivista clinica*, febbraio 1884). Bologna, 1884.

Il cadavere nel quale l' Autore trovò l' anomalia, descritta in questa Memoria, è quello di una tal Bogi Annunziata, d'anni 44, epilettica. Si

vide del tutto mancante il setto lucido, e comunicante la scissura di Silvio di sinistra col ventricolo laterale corrispondente, per mezzo di una piccola fessura, che riesce nel punto in cui il ventricolo stesso si divide ne' suoi due corni posteriore ed inferiore. La fessura, guardata sul fondo della scissura silviana è lunga millim. 5, larga millim. 1 e profonda centim. 1 (minimum).

Oltre a ciò l'emisfero cerebrale sinistro (il destro è perfettamente normale) offre irregolarmente disposti i solchi e le circonvoluzioni del lobo parietale e del temporale. Lungi dall'essere giusta la norma, solchi e giri sono disposti *in una maniera raggiata* attorno alla scissura di Silvio.

Il cervello si presenta *più piccolo che non soglia essere un cervello di donna*; non ne fu rilevato il peso ; e, fuori delle anomalie accennate, nel cadavere null'altro si trovò, che fosse degno di nota.

L'Autore ricorre giustamente alle leggi che governano lo sviluppo embriologico, per ispiegare tanto la mancanza del setto lucido, quanto la comunicazione insolita fra valle di Silvio e ventricolo laterale. Sì l'una che l'altra anomalia ascrive ad *arresto di sviluppo*, verificatosi (per la prima) nell'apparecchio commissurale, e (per la seconda) nella vescicola emisferica del lato sinistro. Considera il setto lucido, nelle condizioni normali, siccome un resto di faccia interna delle vescicole cerebrali, che non fu compresa nè nella formazione del corpo calloso, nè nella produzione della commissura bianca anteriore e della volta a quattro pilastri.

Lo scritto è illustrato da frequenti citazioni e da due figure intercalate, l'una rappresentante le circonvoluzioni della faccia esterna dell'emisfero cerebrale sinistro, l'altra la sezione trasversale dell'encefalo, che mette a nudo i ventricoli laterali.

Verchère F. — **Anastomose du nerfs médiane et du nerf cubital.** (*Anastomosi del nervo mediano e del nervo cubitale*). In: *Union médicale*, 1883 pag. 205 e seguenti.

L'Autore, movendo dal risultato di un' operazione fatta nella sala del prof. Verneuil, nella quale dopo la sezione del nervo mediano in un individuo che aveva un nevroma a livello della piegatura del cubito si constatò la permanenza della motilità di flessione della mano sull'antibraccio e delle dita sulla mano, fece alcune osservazioni anatomiche sull'innervazione dei muscoli anteriori dell'antibraccio, dalle quali risulta che non sempre questi muscoli, per rispetto alla distribuzione dei nervi, sono così isolati, come è ammesso dalla massima parte degli anatomici, ma che talvolta il cubitale e il mediano si uniscono per innervare certi muscoli, che si ritenevano innervati da un solo di essi.

In seguito a tali ricerche, Verchère ha potuto vedere che frequenti volte tra il mediano e il nervo cubitale esistono delle anastomosi (già ammesse prima tanto da Boyer come da Bayle e da qualche altro), le

quali, avuto riguardo alle differenze individuali, vennero dall' Autore ridotte a due tipi.

Il primo tipo, il meno frequente, consta d' una branca anastomotica semplice. È una branca, solitamente ben manifesta, che si estende obliquamente dal mediano verso il cubitale. Nasce dal mediano da due a quattro centimetri sotto la piegatura del cubito, si dirige in basso ed all'interno, passa al di sotto dei muscoli pronatore rotondo e flessore sublime e dall'arteria cubitale, e va ad unirsi al nervo cubitale con un tronco unico, senza somministrar prima alcuna diramazione.

Il secondo tipo, riscontrato più di soventi, è formato da un filetto, d'ordinario assai gracile, che parte dal mediano allo stesso livello della branca del primo tipo, si dirige prima all' interno ma poi fornisce, innanzi di arrivare a congiungersi col nervo cubitale, un vero piccolo plesso, il quale presenta delle branche ascendenti e delle branche discendenti, che vanno poi a perdersi nel nervo cubitale: altri filetti più tenui s' intrecciano e si uniscono fra di loro; infine da una di queste diramazioni parte un filetto che va ad innervare i due fasci interni del muscolo flessore profondo.

I rapporti delle branche anastomotiche sono i medesimi nei due tipi, l'ultimo però si differenzia totalmente dal primo in quanto che sul tragitto di questo secondo tipo si notano dei piccoli rami discendenti, che vanno a distribuirsi ai muscoli flessori comuni, superficiale e profondo, e talvolta anche al grande palmare.

L' Autore poi dopo aver discusso sulle ipotesi che si possono fare circa la costituzione di tali anastomosi, conclude:

Che esiste nella maggioranza dei casi (11 volte su 15) una anastomosi tra il nervo cubitale e il nervo mediano:

Che quest'anastomosi nasce al dissotto del cubito, al disopra o a livello del punto, ove nascono le branche del mediano, che si rendono ai muscoli flessori delle dita; che essa termina nel nervo cubitale direttamente o per l'intervento d'un piccolo plesso a livello del punto, ove nasce il ramo che si distribuisce ai due fasci interni del flessore profondo.

Che questa anastomosi può in un gran numero di casi fornire dei filetti ai due flessori comuni.

Che contiene delle fibre provenienti dal cubitale, che vanno al mediano e inversamente.

Che nel caso, nel quale manca l'anastomosi, è tuttavia possibile trovare un filetto, che dal ramo destinato ai due fasci interni del flessore profondo delle dita vada a distribuirsi al flessore sublime.

Infine che, da tale distribuzione nervosa, risulta che i nervi mediano e cubitale innervano tutti e due i flessori comuni delle dita, almeno nel maggior numero dei casi.

FERRARIO F. — **Casi di rene unico senza alterazioni congenite dell' apparato genitale.** Nota. (*Gazzetta degli Ospitali*. Anno V. Milano 1884, pag. 467 e segenti).

Al caso di *rene unico in donna senza alterazioni congenite dell'apparato genitale* pubblicato nello scorso anno dal dott. Gatti, l' Autore ora aggiunge altri quattro simili, appartenenti due a donne e due a uomini.

Di ciascun caso dà un breve cenno, e registra il peso e le misure dell'unico rene. Nelle donne mancava il rene destro, negli uomini il sinistro. In tutti i casi gli organi della generazione erano normali.

COHN E. — **Sette casi di rene con uretere doppio.** (*Rivista Clinica*, 1883, N. 9, pag. 708 e seguenti).

L' Autore, dopo aver descritto chiaramente ciascuna particolarità dei sette casi dell'anomalia suddetta, espone e discute le varie opinioni dei più accreditati autori invocate per la spiegazione della genesi dei fatti stessi, il che accresce pregio all'interessante memoria, che non si presta a conveniente riassunto.

Anatomia topografica.

TILLAUX P. — **Trattato di Anatomia topografica colle applicazioni alla chirurgia.** (Traduzione italiana sulla 3.ª edizione francese del dott. G. Zuccheri-Tosio, riveduta ed annotata dal prof. L. Tenchini). Milano, 1884.

Questo pregevole trattato di anatomia topografica trovasi ora in corso di stampa, tradotto nella nostra lingua, e pubblicato a cura della Casa editrice del dott. F. Vallardi di Milano.

Vediamo con piacere divulgarsi un libro, che è tanto utile sia dal lato scientifico, che dal lato pratico.

L' edizione è accurata, e qua e là trovansi alcune *note* originali a maggiore illustrazione del libro. Le *figure* sono quelle dell' edizione francese, eccettuata la 192.ª che fu rifatta completamente, perchè, così come trovasi nel testo originale, è evidentemente, per errore di composizione, sbagliata, e non corrisponde alle esigenze del dettato.

BIBLIOGRAFIA

Dott. R. Castorani. — **Memoria sulla cura dell'ectropio cicatriziale (Autoblefaroplastia).** — *Resoconto della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.* — Tomo 37.° Luglio-Dicembre 1888.

Nell'interessante lavoro l'egregio Direttore della Clinica Oculistica di Napoli ha esposto un metodo proprio di cura per l'ectropio cicatriziale, dimostrandovi con numerose figure i felici successi ottenuti. Ecco in breve come l'Autore opera:

Mediante un taglio parallelo al margine libero della palpebra rovesciata e da esso distante pochi millimetri, il Castorani spiega la palpebra stessa, come farebbe d'un libro; quindi, con piccoli tagli fatti a mano sospesa va dilargando la ferita ottenuta e, mentre gli assistenti con pinzette da ferma (modello Castorani) ne mantengono i labbri stessi divaricati, l'operatore completa lo spiegamento palpebrale, finchè il nepitello sia condotto alla sua normale posizione o a qualche tratto più in là. Quindi escide gli angoli della ferita e medica.

Consiste la medicatura da prima nel toccare tutta la soluzione di continuo con la pietra di solfato di rame; quindi nel soprapporre una serie di cilindretti, di filaticcio, ad embrice, di guisa cioè, che l'un cilindretto non copra che di due terzi l'altro sottostante; infine nell'applicare un opportuno fasciatojo contentivo e alquanto compressivo anche.

La medicatura consecutiva non varia da quelle che soglionsi fare in così fatte circostanze, quando cioè per una cauterizzazione si fa un'escara e questa poi, staccandosi, lascia una piaga.

Dopo la succinta esposizione del metodo operativo, della medicatura prossima e della consecutiva, l'Autore espone 55 osservazioni di ectropion cicatriziale operato e corretto, salve poche eccezioni, a quel modo. I pochi casi che non furono corretti in modo completo, in numero di otto, presentavano le indicazioni favorevoli per una seconda oporazione: ciò stesso vale per un caso nel quale l'insuccesso fu completo.

Trentasei tavole rappresentano 18 dei migliori successi ottenuti. L'individuo vi è raffigurato nel suo aspetto, qual era prima e qual fu dopo l'operazione.

Rampoldi Roberto.

Archivio clinico italiano (Roma).

N. 24. (14 giugno) *Valle Antonio*. Dell'acido fenico nella difteria.

N. 25. (21 giugno). — *Maragliano E.* Ricerche sulla modalità d'azione della cairina.

N. 26. (28 giugno). — *Maragliano. E.* L'antipirino nuovo antipiretico.

N. 28. (12 luglio). — *Lo Savio*. Applicazione dell'anestesia chirurgica in un caso di colica epatica.

N. 29. (19 luglio). — *Testa Baldassare*. Il jodoformio nella gotta.

N. 30. (26 luglio). — *Stassano Enrico*. La generazione spontanea, i germi dell'aria e i morbi infettivi (N. 31).

N. 32. (9 agosto). — *Cantani Arnaldo*. Pio-pneumo-torace. — *Bozzolo Camillo*. Proposta ai medici di un rimedio per la cura del cholera.

N. 33. (16 agosto). — *Rapisarda O.* Due casi di meningite cerebro-spinale guariti col bromuro di potassio ad alte dosi.

N. 35 e 36. (30 agosto). — *Crosio Luigi*. Il cholera a Treviglio.

Bollettino della Società tra i cultori delle scienze mediche (Siena).

N. 2. (7 e 28 febbraio). — *A. Cantieri*. Cisti idatigena del fegato guarita colle iniezioni intracistiche della tintura di iodo. — II. *D. Torsellini*. Sul modo di saggiare colla elettricità la eccitabilità nervosa e la contrattilità muscolare. — III. *G. Marcacci*. Forcella da capelli in vessica — Rottura dello strumento — Cistotomia. — IV. *G. Romiti*. Ricerche anatomo-patologiche sopra la placenta di un aborto umano espulsa dall'utero con un feto morto e macerato: e contributo alla conoscenza del normale rivestimento del villo. — V. *C. Bernabei*. Di un caso di morbo cronico di Bright dal punto di vista del rapporto di grado tra l'albuminuria e la lesione renale. — VI. *A. Severi*. Breve osservazione sopra un caso di avvelenamento acuto per morfina. — VII. *C. Pellizzari*. Ulcera cutanea d'origine nervosa. VIII. *C. Giannetti*. Sulla fiducia che si può accordare al metodo e all'apparecchio del dott. Esbach per la determinazione dell'urea contenuta nelle orine.

G. Bufalini. Sui vantaggi dell'uso dell'acqua cloroformizzata sul lavaggio dello stomaco. — *G. Bufalini*. Sulla bilirubina cristallizzata. — *A. Spediacci*. Cura dei bubboni venerei. — *S. Bianchi*. Continuazione della Nota sulla cresta frontale. — *E. Falaschi*. Descrizione di alcune mostruosità in un feto umano settimestre. — *G. Chiarugi*. Varietà anatomiche.

N. 3. (8 e 22 marzo). — *G. Bufalini*. Sopra una modificazione del ritmo cardiaco per l'azione della gelsemina. — *E. Falaschi*. Altre poche parole di illustrazione del feto mostruoso. — *S. Bianchi*. Di un muscolo soprannumerario della regione antero-laterale del collo. — *G. Romiti*. Resti embrionali nel testicolo umano e loro significato. — *C. Bernabei*. Sono fenomeni di Shok e non flemmasici che costituiscono il te-

muto accidente nella puntura esplorativa ed evacuante della ciste da echinococco.

A. Severi. Del peso specifico dei globuli rossi nelle ricerche sperimentali. — *C. Bernabei*. Di un rarissimo caso, se non primo, di linfangiettasia cistiforme del diaframma al davanti del pericardio. — *C. Pellizzari*. Ulcera infettante della piega inguino-scrotale in un bambino di 16 mesi. — *G. Romiti*. Duplicità del muscolo coraco-brachiale. — *S. Bianchi* e *G. Chiarugi*. Nota preventiva sulla craniologia dei Senesi odierni e degli alienati.

Bulletin général de Thérapeutique (Parigi).

Giugno. N. 11. — *Tripier A*. La thérapeutique des hypertrophies prostatiques. — *De Beurmann*. Note sur l'action thérapeutique du chlorhydrate de codéine. — *Catillon*. Remarques sur le Codex de 1884. — *Glatz P*. Sur le traitement du *tabes dorsalis*.

N. 12. — *Bardet*. De la galvanisation directe de l'estomac. — *Guermonprez Fr*. Sur le pronostic et le traitement des mutilations de la main. — *Pécholier G*. Innocuité presque absolue d'un lavement contenant 10 gr. d'extrait de belladone administré par mégarde. — *Yvon*. Sur la codéine.

Luglio. N. 1. — *Dujardin Beaumetz*. Des grandes découvertes de la thérapeutique depuis cinquante ans. — *Terrillon*. Périnéoraphie pour rupture complète comprenant le sphinctère de l'anus et une partie de la cloison recto-vaginale. — *Martin Stanislas*. Semelles contre la transpiration des pieds. — *Jousset*. À propos des derniers travaux sur l'hamamélis. — *Geneuil Anatole*. Sur l'aconitine.

Agosto. N. 2. — *Sée Germain*. Considérations générales sur le traitement antivirulent de la phthisie. — *Cunéo*. Sur le traitemente du choléra dans les hopitaux de la marine. — *Tenneson*. Sur la médication éthérée dans la variole. — *Droux de Chapois*. De l'action résolutive du calomel à dose trés-refractée dans le traitement de la pneumonie. — *Goureau Th*. Traitement des ulcères des membres inférieurs par le sparadrap au minium. — *Granier*. Sur un cas d'ouverture d'une kyste hydatique du foie dans les voies aériennes.

N. 3. — *Dujardin Baaumetz*. Des nouvelles médications cardiaques. — *Girou J*. Considérations sur la taille hypogastrique (son manuel opératoire, son pansement, ses suites). — *Luton A*. Sur le traitement du choléra au moyen de l'injection sous-cutanée des sels neutres.

N. 4. — *Huchard Henri*. Du régime sec dans les maladies de l'estomac et principalement dans la dyspepsie des liquides. — *Dauchez H*. Note pour servir à l'histoire des bains prolongés appliqués à la cure de l'hystérie gastrique. — *Trastour*. Du Traitement médical des vomiques. — *Beaudon*. Sur l'acide salicylique comme agent prophylactique du choléra.

Bollettino della R. Accademia medica di Roma (Roma).

N. 3. — *Capranica.* Esperienze sopra un nuovo ureometro. — *Brunelli.* Cura dell'idrofobia colla radice della spirea filipendula.

N. 4. — *Rey.* La sostanza fibrinogena, e la coagulazione del sangue. — *Tricomi Paolo.* Teratoma del testicolo. — *Durante.* Estirpazione d' un mixoma midollare generatosi nell'etmoide. — *Ciattaglia.* Della porpora sifilitica.

N. 5-6. — *Durante.* I. Sulla distribuzione dei nervi dell' intestino. — *Bompiani.* Cisti intraligamentosa a larga base nella metà destra del pavimento pelvico: ovariotomia incompleta: guarigione. II. Vero ematocele retrouterino intraperitoneale. III. Lesione composta dell' orificio mitrale con prevalente stenosi; dilatazione ed ipertrofia del cuore destro. — *Legge.* Studio sulla regione rolandica. — *Majocchi.* I. Pielonefrite micotica secondaria. II. Sul *mictus pilosus.* — *Battistini.* Modificazione al metodo ordinario per preparare le fibre muscolari liscie. — *Angelucci.* Nuova teoria sulla visione.

Bollettino delle scienze mediche (Bologna).

Giugno. N. 6. — *Ravoglia Giuseppe.* Studio sperimentale intorno all'azione del percloruro di ferro a proposito di un'accusa di veneficio.

Luglio. N. 1. — *Coen Edmondo.* Un nuovo caso di torace imbutiforme. — *D' Ajutolo Giovanni.* Su di un caso raro di ernia diaframmatica lipomatosa con altre particolarità anatomiche nella pleura destra e nello sfenoide. — *Medini Luigi.* Pinzetta per l' estirpazione dell' unghia incarnata.

Medicinisch-Chirurgisches Central-Blatt (Vienna).

Giugno. N. 23. *Chvostek.* Die acute oder gelbe Leber Atrophie. (N. 25). — *Thomayer Ios.* K. K. allgemeines Krankenhaus zu Prag. Aus dem Berichte der medicinischen Klinik des prof. doct. Eiselt. (N. 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33. — *Bresgen Maximilian.* Zur Entwicklung von Refraktion und Stellungs-Anomalien des Auges in Folge von Nasenerkrankung.

N. 24. — *Weiser M. E.* Seeklima und insulare Mortalität (N. 26, 28, 30). — *Gregorič.* Ueber die Behandlung der Schädellagen bei Vorfall der unteren Extremitäten.

N. 25. — *Krauss.* Ueber Curdauer, Curerfolg und Nachcur (N. 27).

N. 26 — *Kroczak.* Die Inhalations-Therapie bei den Krankheiten der Respirations-Organe (N. 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35). — *Heller Franz.* Zur Therapie des weichen Chankers.

Luglio. N. 28. — *Löfller Adolph.* Ueber die Schutzmassregeln gegenüber der Tuberkulose (N. 29).

N. 30. — *Weis Friedrich.* Ein seltener Leistenbruch.

Agosto. N. 31. — *Erb.* Ueber die juvenile Form der progressiven Mu-

skelatrophie und ihre Beziehungen zur sogennanten Pseudohypertrophie der Muskeln (N. 32, 33).

N. 32. — *Weiser*. Die diphterische Infection eine der häufigsten Formen der Uebertragung der Cholera und anderer bacteriellen Krankheiten (N. 33).

N. 34. — *Glasner A.* Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der Cholera. (N. 35).

Centralblatt für Chirurgie (Lipsia).

Giugno. N. 23. — *Géza V. Antal.* Die Anwendung der Massage bei der Erweiterung der kallösen striktur der Harnröhre.

N. 25. — *Janicke O. Neisser A.* Exitus letalis nach Erysipelimpfung bei inoperablem Mamma Carcinom und mikroskopischer Befund des geimpten Carcinoms.

N. 26. — *Billroth Th.* Eine wissenschaftliche und humanitäre Bitte an die Kollegen.

Luglio. N. 30. — *Sprengel Otto.* Ein Operationstisch mit Abflussvorrichtung.

N 32. — *Albrecht.* Ueber die Zahl der Zähne bei den Hasenschartenkieferspalten.

Agosto. N. 35. — *Hagen-Torn O.* Zur Frage über die Mittel zur Vobeugung von Hernien nach Laparotomien.

Centralblatt für klinische Medicin (Lipsia).

Agosto. N. 33. — *Ernst Paul.* Antipyrinexanthem.

N. 34. — *Kobert.* Zur Behandlung des Abdominaltyphus mit Mutterkorn.

N. 35. — *Röhmann.* Ueber die Beziehungen des Ammoniaks zur Glykogenbildung in der Leber.

Commentario clinico
delle malattie degli organi genito-urinari (Pisa).

N. 1. Gennaio e Febbraio. — *Landi.* Ectopia e degenerazione cistica del rene destro; mancanza dell'uretere e della capsula succenturiata corrispondenti, ed utero bicorne. Asportazione dell'ovaio e della massima parte dell'ovidutto destro ed escisione della ciste renale.

N. 2. Marzo e aprile. — *Barduzzi.* Le malattie dell' uretra della donna. — *Andronico Carmelo.* Tumori vascolari dolorosi del meato urinario muliebre. — *Barduzzi.* Sull-azione del cloralio nell' albuminuria. — *Minciati F.* Un caso letale di siringatura forzata. — Rivista sui progressi della litotripsia.

Gazette des Hopitaux (Parigi).

Giugno. N. 64. — *Verneuil.* Arthrite puérpérale; fracture de jambe, suppuration du foyer avec apyrexie complète. — *Charcot.* Paralysie

agitante ou maladie de Parkinson. — *Galezowski.* Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice; paralysie des nerfs moteurs de l'oeil. — *Léon Dufour A.* et *G.* Un savant d'autrefois (N. 72).

N. 65. — *Humbert.* Deux cas de fistule vésico-vaginale. — *Simon M. J.* Méningo-encéphalite chronique disseminée ou sclérose cérébrale chez l'enfant.

N. 66. — *Grancher.* Rhumatisme aigu grave; asystolie précoce. — *Id.* Oreillons; orchite, endocardite ourliennes. — *Guibout.* De la scrofule.

N. 67. — *Jondeau.* Cirrhose hypertrophique graisseuse à marche subaiguë — *Dupuy de Frenelle.* Pleurésie et thermocautère. — *Maheut.* Hémorrhagies dans les méninges cérébrales chez une jeune fille de 18 ans.

N. 68. — *Trélat.* Cancer de l'S iliaque. — *Vigouroux H.* Cas de croup guéri per les vapeurs produites par la combustion d'un mélange de térébenthine et de goudron. — *Sorbets Léon.* Rhumatisme polyarticulaire chronique compliqué d'endocardite valvulaire mitrale; bronchite catarrhale double généralisée: cirrhose atrophique; pellagre.

N. 69. — *Ball.* L'aliénation mentale constituée par une idée fixe: l'aliéné qui veut être pape. — *Grancher.* Urticaire alternant avec de la congestion pulmonaire et de l'emphysème. — *Guermonprez.* Hernie traumatique. (N. 70). — *Beltz C.* Rupture du périnée. Suture avec drainage; guérison.

N. 70. — *Legrand du Saulle.* La syphilis du cerveau. Accidents nerveux multiples. Troubles intellectuels (N. 73, 76, 80, 85, 88, 93, 95). — *Aubeau.* Anésthésie à l'aide d'un mélange de chloroforme et d'air exactement titré. Méthode de M. P. Bert.

N. 71. — *Rendu.* De la paralysie infantile. — *Mallez.* Rétrécissement traumatique et rétrecissement valvulaire de l'urètre; galvano-caustique chirurgique, guérison. — *Daprey.* Grossesse gémellaire, accouchement prématuré naturel; insertion vicieuse d'un placenta unique anomal; phlegmasia alba dolens; guérison. — *Rousset.* De la médication alcaline.

N. 72. — *Nicaise.* Pleurésie purulente, résection de sept côtes, réunion par première intention. — *Charchot.* Hypnotisme, somnambulisme, catalepsie, léthargie, simulation. — *Sée Marc.* La compression en chirurgie.

N. 74. — *Ardy.* Deux cas de phthisie galopante. — *Verneuil.* I. Ablation d'une portion de la mâchoire inférieure, érysipèle, mort. II. Tumeur cancéreuse de l'os hyoïde. III. Coup de feu dans la poitrine. — *Denifle Henri.* Documents relatifs à la fondation de l'Université de Paris et de la Sorbonne au XIII siècle (N. 75).

N. 75. — *Charcot.* Leçons à la Salpêtrière sur l'idée et sur le langage. — *Tillaux.* Sur deux cas de suture secondaire du nerf médian avec rétablissement rapide de l'innervation dans les parties paralysées.

Luglio. N. 76. — *Maillot J. F.* Morbidité et mortalité de l'armée en

France et en Algérie. — *Philippe* (de Saint Mandé). Observation de fracture du col de fémur intra-capsulaire, consolidée en 54 jours avec 1 centim. de raccourcissement, par l'application de la boîte-gouttière à suspension. (N. 77)

N. 77. — *Potain*. I. Fièvre typhoïde. II. Goutte et rhumatisme. III. Pneumonie et congestion pulmonaire. IV. Tuberculose accidentelle.

N. 78. — *Charcot*. L'idée et le langage. — *Tillaux*. Phlegmon de la paroi abdominale.

N. 79. — *Terrillon*. Des indications de l'amputation dans le cours de l'infection purulente. — *Bérenger Féraud*. Considréations sur l'histoire de la géographie de la fièvre jaune. (N. 83).

N. 80. — *Dinaud*. De l'action du perchlorure de fer dans le traitement de la fièvre typhoïde.

N. 81. — . . . . Les caractères du cholera de Toulon. — *Guyon*. La guérison radicale des hernies. — *Rigal*. Urémie latente.

N. 82. — *Hardy*. Broncho-pneumonie et granulations tuberculeuses.

N. 83. — . . . . La durée de l'incubation du cholera. Le cholera de Marseile.

N. 84. — *Potain*. Pleurésie et thoracentèse. — *Monod Charles*. Du traitement des hémorroïdes mêmes étranglées par la dilatation forcée du sphincter de l'anus.

N. 85. — *Guérin Jules*. Le cholera de 1884. Toulon et Marseille. (N. 86).

N. 86. — . . . . La santé publique à Paris. Choléra asiatique et Choléra nostras. — *Gibier*. Recherches expérimentales sur la rage.

N. 87. — . . . . Le choléra dans le midi. — *Verneuil*. Kyste du maxillaire supérieur.

N. 88. — *Apostoli*. Hystéromètre à galvano-caustique intra-utérine. — *Burq*. Masque antiseptique.

Agosto. N. 89. — . . . . La santé publique à Paris. — Traitement du choléra. — Le choléra en Province. — *Barthélemy*. Decès dans les epidémies de cholera de Toulon.

N. 90. — *Descrozilles*. Arthrite du genou présentant des signes analogues à ceux d'une tumeur blanche. Guérison. — *Dujardin-Beaumetz*. Sur le diagnostic du cancer de l'estomac.

N. 91. — *Terrillon*. Le rhumatisme blennorragique. — *Guibout*. Diagnostic des affections cutanées, symptomatiques de la diathése herpétique. — *Straus* et *Roux*. Recherches sur le choléra à Toulon. — *Judet*. De l'emploi de la peptone posphatée dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

N. 92. — . . . . Le Choléra. — *Grancher*. Pleuropnéumonie subaiguë. Lettre et rapport presentés au Ministre de l'Instruction publique et des Beaux Arts par la Commission chargée de contrôler les expériences de M. Pasteur sur la prophylaxie de la rage.

N. 93. — *Malasses* et *Galippe*. Note sur l'étiologie et le traitement de l'osteo-périostite alvéolo-dentaire.

N. 94. — *Desprès.* De la non contagion de l'érysipèle.

N. 95. — *Betty C.* Rétentions du placenta par contraction spasmodique du col et du corps de l'utérus. Intervention différée et intervention immédiate.

N. 96. — *Trélat.* Hygroma du genou. Bec de lièvre. — *Moty.* Note sur le traitement de la dipthérie.

N. 97. — *Grégoire J.* Chute da l'intestin par un anus contre nature; réduction; guérison.

N. 98. — *Humbert.* Blenorrhagie ancienne, rétrécissement de l'urètre, urétrotomie interne. — *Rendu.* Méningite rachidienne. — *Quinquaud Ch. E.* Note sur la rétention d'urine. — *Hoffmann.* Empoisonnement par l'acide phénique. Guérison.

N. 99. — *Charcot.* Les paralysies alcooliques.

Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier (Montpellier).

Luglio. N. 27. — *Combal.* Un cas de cancer du pylore. — *Dubrueil.* Deux opérations de taille pratiquées sur le même sujet à vingt-trois mois d'intervalle.

Luglio. N. 28. — *Serre St. H.* Quadruple fracture verticale du bassin. Déchirure du canal de l'urèthre à l'origine de la portion membraneuse. Mort seize jours aprè l'accident. Observation et réflexions, avec une planche (N. 29, 31 e 32). — *Gayraud (fine).* Taille uréthrale chez une femme pour l'extraction d'un calcul vésical développé autour d'un corps étranger. Observation et réflexions.

N. 29. — *Castan.* De la Symptomatologie du choléra.

N. 30. — *Sans Bertin.* Hygiène du choléra. — *Grasset J.* Traitement du choléra.

Agosto. N. 31. — *Espagne A. (fine).* Résumé sur le coryza.

N. 32. — *Dubrueil A.* Périostite suppurée de l'orbite.

N. 33. — *Pécholier G.* Sur l'emploi des remèdes violents dans le traitement du choléra. — *Chalot V.* De la détermination des points d'émergence des artère fessière, ischiatique et honteuse interne pour la ligature de ces vaisseaux.

N. 34. — *Grynfeltt J.* Abcès chronique de l'amygdale. — *Bimar.* Eclampsie puërpérale post-partum, sans albuminurie. Manie consécutive. Observation et réflexions. — *Dumas.* Predisposition des roux à la tuberculose.

N. 35. — *Dubrueil.* Deux cas de tumeur du cordon spermatique. — *Saussol.* Considérations cliniques sur les émissions sanguines dans les pneumonies aiguës et les fluxions de poitrine de nature catarrhale.

Gazette médicale de Paris. (Parigi).

Giugno. N. 23. — *Nicaise* De l'arthrite fongueuse tibio-tarsienne. — *Welander Edouard.* Quelques recherches sur les microbes pathogènes de la blennorrhagie.

N. 24. — *Bouilly.* Les épanchements sanguins de la plèvre. — *Monnier L.* Large anthrax de la région dorsale. Fusée purulente dans le canal rachidien et infection purulente. Mort. — *Cartaz A.* Des inhalations médicamenteuses.

N. 25. — *Dubrueil.* De l'opération de la cataracte. — *Fabre Paul* (de Commentry). Pnéumonie et éruption d'herpès facial et pharyngien.

N. 26. — *Balzer F.* Erythème infectieux dans le cours d'une blennorrhagie. — *Berthod Paul.* Fracture du col du fémur avec persistance anormale des mouvements pendant treize jours. Femme de 54 ans, alcoolique et aortique. — Asystolie. Mort. — *Netter A.* Rôle pathogénique de l'altération epithéliale de la muqueuse intestinale dans le choléra.

Luglio. N. 27. — *Verneuil.* De la méningite tuberculeuse survenant à la suite d'opérations chez les tuberculeux. Vaginisme. — *Dubreuilh.* Gangrène symétrique des doigts. Faux panaris des gaines des fléchisseurs.

N. 28. — *Blanc Ed.* Note sur un cas de luxation congénitale du genou en avant. — *Pozzi M. S.* Hystérectomie pour corps fibreux de l'utérus compliqué d'hydronéphrose suppurée adhérant au corps fibreux. Ligature élastique du pédicule maintenu à l'extérieur. Traitement ultérieur de l'hydronéphrose. — *Gley Eugène.* L'excitabilité de l'écorce du cerveaux. (N. 29).

N. 29. — *Bouilly* Abcès de la cavité de Retzius: ouverture spontanée dans le péritoine ; mort rapide.

N. 30. — *Raymond.* Un cas d'hémianesthésie, de cause cérébrale, avec mouvements anormaux du bras et de la jambe hémiplégiés. — *Berthod Paul.* Corps fibreux de l'utérus. Hysterotomie abdominale. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison. — *Floram Léonce.* Recherche du solfocyanure de potassium dans la salive humaine.

Agosto. N. 31. — *Beaunis.* Un fait d'hypnotisme. — *Berthod Paul.* Injection de chlorure de zinc au dixième d'après le procédé de M. Polaillon. — *Almés Henri.* De l'emploi de la phellandrie dans le traitement des affections dites de poitrine.

N. 32. — *Piqué Lucien.* Syphilis et traumatisme. — *Fabre Paul.* Luxation en haut et en avant de l'extrémité interne de la clavicule. — *Richlin E.* Ethérisation par la voie rectale.

N. 33. — *Robin Albert.* L'urée et le cancer. — *Dutil A.* Un cas de goutte chronique anormale (tophus de la peau). — *Netter A.* Le choléra devant la méthode expérimentale.

N. 34. — *Picqué Lucien.* Réflexions sur deux cas de fracture de la

clavicule. — *Dalché P.* Péritonite circonscrite dans la convalescence d'une fièvre typhoïde: guérison.

N. 35 — *Fabre Paul.* Sur le mycosis fongoïde.

Gazzetta clinica di Elettroterapia (Palermo).

N. 3. (Maggio-giugno). — *Dichiara Francesco.* La terapeutica elettrica nei restringimenti organici dell'uretra (*contin.*) — *Bargellini Demetrio.* Paralisi dei muscoli cervicali posteriori curata colla corrente elettrica di induzione. — *Dichiara Francesco.* Ipertrofia del corpo tiroideo curata con la corrente continua.

Gazzetta degli Ospitali (Milano).

Giugno. N. 44. — *Rasori.* Cardiotopografia. — *Mucci.* Diagnosi dei tumori, delle malattie dei parenchimi e dei liquidi morbosi col mezzo dell'elettrolisi e dell'elettropuntura. — *Renzi.* Contributo allo studio delle lussazioni e fratture dell'omero.

N. 45. — *Schivardi P.* Il bagno idro-elettrico (N. 57, 59). — *E.* Attinenze allo studio della statistica con quello delle scienze affini, specialmente per la indagine sulle cause di morte. — *Forlanini.* Della espirazione intercisa, (N. 48).

N. 46. — *Rusconi.* Le spirali di Curschmann (N. 47). — *D'Ambrosio.* Ginocchio varo e ginocchio valgo. Osteoclasia ed ostetomia. (N. 47). — *Usiglio.* L'osteomielite spontanea diffusa.

N. 47. — *Spannocchi.* III. Congresso di Medicina interna in Berlino. (N. 49). — *Fortunati.* Contributo alla cura dei distacchi retinici. N. 49).

N. 48. — *Spannocchi.* Un nuovo antifebbrifugo.

N. 49. — *Petrone.* Sulla materia infettiva dell'uremia perniciosa di Biermer. (N. 51).

N. 50. — *Torre.* Le nuovissime scoperte del prof. Hayem sulla trasfusione peritoneale. — *Tizzoni.* Sulla fisico-patologia delle capsule sosoprarenali.

N. 51. — *Guidi* Lo zinco-solfo-fenato in pediatria. Guarigione di un vasto impiagamento vegetante di natura scrofolosa, alla faccia. — *Tizzoni Guido.* Sulla splenectomia nel coniglio e sulla mancanza di rapporti fra la milza e la tiroide.

N. 52. — *Parona E.* Intorno ai varii modi di somministrazione dello joduro di potassio. (N. 53, 54, 55). — *Cattani Giuseppina.* Studio sperimentale sulla distensione dei nervi.

Luglio. N. 53. — *Turazza Guido.* Sopra molteplici anomalie ossee riunite in un sol capo.

N. 54. — *Mazzotti.* Cancro del cardias. Diagnosi mediante l'esame microscopico di frammenti estratti colla sonda esofagea. Cura coll'alimentazione artificiale.

N. 55. — *Guidi G.* La cairina anche in pediatria. (N. 56).

N. 56. — *Rusconi.* Colera. (N. 58, 60, 61, 62, 65, 66). — *Plevani.* La sofisticazione dei rimedi. — *Arcari.* Dell'uso del joduro di potassio e di sodio per iniezione ipodermica.

N. 57. — *Bizzozero.* Sulla preesistenza delle piastrine nel sangue normale dei mammiferi. — *Antoni.* Pleurite secondaria purulenta del lato destro. Pleurotomia.

N. 58. — *Maragliano.* Nuovo metodo di facile applicazione clinica per misurare la capacità respiratoria del sangue.

N. 59. — *Queirolo G. B.* Ricerche pletismografiche sull'acido sclerotinico e sulla segale speronata. — *Ferrario Francesco.* Casi di rene unico, senza alterazioni congenite dell'apparato genitale. — *Cecchini Settimo.* Sarcoprostate o protettore delle parti molli, in sostituzione alla coda di rondine nelle amputazioni.

N. 60. — *Zuliani.* Sopra una causa di errore nella ricerca dell'albumina nelle orine mediante l'acido picrico.

N. 61. — *De Simone.* Laparotomia esplorativa per sarcoma dell'utero. Guarigione.

Agosto. N. 62. — *Cirelli.* La coprostasi e le forme morbose che ne dipendono. (N. 64). — *Jona.* Conferenza clinica sul colera. (N. 65). — *Massa ongo.* Dell'emiatetosi post-emiplegica.

N 63: — *Negretto.* Caso d'infissione diciannovenne di un projettile nel capo dell'omero sinistro. Carie dell'articolazione della spalla. Resezione. Guarigione. (N. 64). — *Plevani.* Preparazione economica dell'ossigeno

N. 64. — *Celli A.* e *Guarnieri G.* Ancora intorno alla profilassi della tubercolosi. — *De Stefano Ottavio.* La limonea cloroidrica nella cura del colera.

N. 65. — *Mannino.* Storia clinica e considerazioni su di un caso di ematuria parossistica sifilitica. (N. 66, 67). — *Ottavi.* Tetano reumatico guarito coll'uso della paraldeide ad alta dose.

N. 68. — *Parona Ernesto.* Le iniezioni ipodermiche di joduro potassico. — *Cattani Giseppina.* Alcune ricerche intorno alla degenerazione e alla rigenerazione de' nervi. Comun. prevent.

N 69 — *Galvagni Ercole.* Un caso rarissimo di ascite essenziale acuta (poliorromenite acuta semplice). — *Vitali Giovanni.* Dell'assorbimento nelle pleure infiammate.

N. 70. — *Brugnatelli Eugenio.* Studi sperimentali sulla terapia della tubercolosi. 1.ª Comun. — *Salomoni.* Nefrectomia per pielite calcolosa, eseguita dal prof. *Bottini* Guarigione.

Gazzetta medica italiana Provincie Venete (Padova).

Giugno. N. 24. — *Luzzatto Beniamino.* Tumore cerebrale; nefrite; pneumonite. (N. 26, 28).

N. 25. — *Cacciola Salvatore.* Alcune ricerche sulla distribuzione dei nervi dell'intestino.

N. 26. — *Cella*. Sulla dieta albuminosa.

Luglio. N. 27. — *Agostini Riccardo*. Storia di un polipo peduncolato della faringe. — *Lussana F.* Una mistificazione intorno alla trasmissibilità dell'idrofobia da uomo ad uomo.

N. 29. — *Massalongo Roberto*. Di un caso di paralisi agitante, o malattia di Parkinson.

N. 30. — *Gött Luigi*. Calcolo uretrale. Uremia. — *Levi R.* Contributo alla sintomatologia del grande isterismo.

Agosto. N. 31. — *Pennati Papinio*. Un caso di reumatismo cerebrale.

N. 32. — *Negretto Angelo*. Due casi di ischialgia guariti mercè lo stiramento dello sciatico. — *Andronico Carmelo*. Tumori vascolari dolorosi del meato urinario muliebre.

N. 33. — *Patella Vincenzo*. Isterismo maschile.

N. 34. — *Levi R.* Appunti clinici sovra il reumatismo articolare acuto complicato a sintomi eccezionali di febbre dengue.

N. 35. — *Bonuzzi P.* L'anchilostomiasi e l'anchilostoma nella provincia di Verona. (Contin.). — *Gasparetti V.* Un caso di processo puerperale.

Gazzetta medica italiana Lombardia. (Milano).

Giugno. N. 23. — *Gasparini L.* Contributo allo studio dei virus, parallelo fra il virus tifoso ed il difterico. — *Strambio G.* Il professore Giovanni Polli. (N. 24, 25, 26, 27, 28).

N. 24. — *Lussana* e *Ciotto*. Sugli alcaloidi del mais guasto. (N. 26, 27, 28, 29).

N. 25 — *Lucca A.* Osteotomia del femore per doppio ginocchio valgo.

N. 26. — *Polatti Pietro*. Caso di anchilostomiasi in un bambino.

Luglio. N. 27. — *Levi Riccardo*. Un caso di mancanza dell'utero.

N. 29. — *Lussana Felice*. Sull'atrofia granulare dei reni. (N. 31).

N. 30. — *Rusconi* e *Denti*. Gravidanza al 7.° mese. Albuminuria. Conseguente retinite bilaterale. Eclampsia. Rene unico senza concomitanti alterazioni dell'apparato genitale. — *Cornazzi Bartolomeo*. Ciste del fegato simulante una ciste della milza; paracentesi; autopsia.

Agosto. N. 31. — *Petrone L. M.* Sulla trasmissione della sifilide agli animali.

N. 32. — *Frigerio L.* Omicidio; perizia microscopico-chimica sopra alcuni indumenti erroneamente ritenuti macchiati di sangue. (N. 33). — *Paladini R.* Singolare guarigione d'una cisti ovarica.

N. 35. — *Tonoli Stefano*. Sulla salicilina e sui preparati salicilici. (Contin.).

Giornale della R. Accademia di Medicina (Torino).

Aprile e maggio. N. 4-5. — *Marcacci Arturo*. Dell'azione fisiologica dell'apotropina.

Giugno e luglio. N. 6-7. — *Parona*. Delle cisti ossee mascellari. — *Corona*. Studi sulla trasfusione del sangue. — *Mondino*. Sopra un caso di demenza consecutiva ad ostruzione della arteria basilare. — *Castelli*. Note intorno un caso di presenza di geofili nelle cavità nasali dell'uomo. *

Giornale della R. Società italiana d'Igiene (Milano).

Giugno. — *Corradi A*. Il V. anno della R. Società italiana d'Igiene. — L'Igiene e le male disposizioni. — *Zucchi C*. Alcuni riflessi intorno al progetto di legge sugli alienati e sui manicomi. — *Feroci A*. Impianto d'una fabbrica per la estrazione degli alcool dai cereali. — Reclami per incomodi e insalubrità. — Provvedimenti proposti per eliminarli.

Giornale di Medicina militare (Roma).

Giugno. N. 6. — *Panara*. L'alimentazione dell'adolescente in relazione con lo sviluppo organico e col lavoro intellettuale. (N. 7, 8). — *Nerazzini*. Osservazioni mediche sulla Baja d'Assab. — *Machiavelli*. Ferita frattura comminutiva del cranio con ernia cerebrale senza alterazioni psichiche e del senso visivo.

Luglio. N. 7. — *Franchini*. Il iodoformio nella cura della tisi polmonare. (N. 8).

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. (Milano).

N. 3. Maggio-giugno. — *Gamberini*. L'urina in rapporto colle dermopatie. — *Barduzzi Domenico*. Lezione d'epilogo del primo anno accademico della clinica dermo-sifilopatica della R. Università di Pisa.

N. 4 Luglio-agosto. — *Campana Roberto*. Follicolite blennorragica. *Tommasoli Pierleone*. Il salicilato di soda nella cura dell'epididimite acuta blennorragica. — *Barduzzi D*. Del valore della escisione dell'ulcera sifilitica. — *Majocchi Domenico*. Sopra alcuni cambiamenti morfologici del trichophyton. — *Pellizzari Celso*. Eritema orticato atrofizzante. Atrofia parziale idiopatica della pelle.

Journal d'Hygiène (Paris.

Giugno. N. 402. — *De Pietra Santa P.* Le Choléra en Egypte. (N. 403).

N. 403. — *De Pietra Santa P.* Le Ministère de l'Hygiène publique.

N. 404. — *Husson C.* Le pain et les farines dans l'antiquité et à l'epoque moderne. (N. 407, 413).

Luglio. N. 408. — *Rouxel*. Influence de l'alimentation sur l'esprit d'entreprise.

N. 414. — *Tholozan*. La peste de l'Irak-Arab.

Lyon médical. (Lione).

Giugno. N. 22. — *Boyer M. J.* Note sur cas de pied tabétique avec lésions osseuses et arthropaties. — *Chauvet.* Influence du bain tiède sur la température centrale et la temperature périphérique. — *Tripier Raymond.* Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire anthra. cosique.

N. 23. — *Bouveret.* Asphyxie locale des extrémités chez une femme athéromateuse. — *Pravas.* Du pronostic des déviations de la colonne vertébrale considéré au point de vue de leur curabilité.

N. 24. — *Aunert.* Sur l'état latent du début de la cystite blennorrhagique. — *Laurent.* Variole intra-utérine.

N. 25. — *Coutage.* Note sur cas d'empoisonnement par les fruits du taminier. — *Vinay C.* Paralysie double par les bequilles. — *Poncet M.* A À propos de l'anesthésie rectale.

N. 26. — *Bouveret.* Appareil pour la transfusion du sang, permettant en même temps l'injection intra-veineuse d'une solution saline. — *Gangolphe.* Note sur un cas de fibrome de la grande lèvre.

Luglio. N. 27. — *Rollet.* Sur les mesures sanitaires applicables à Lyon en prévision du choléra. — *Vinay C.* Le choléra. — Mesures proposés par la Société nationale de médecine, dans sa séance du 30 juin, pour prevenir la propagation du choléra par les transports du chemin de fer.

N. 28. — *Aubert.* De l'uréthrite bactérienne. — *Longuet.* Études sur le recrutement dans l'Isère. (N. 29). — *Rollet.* choléra de Toulon.

N. 29. — *Lépine Z.* et *Mollière D.* Septicémie intestinale d'origine spéciale. — *Diday.* Le syndicat médical.

N. 30. — *Cazeneuve.* Observations critiques sur l'emploi des filtres de plâtre pour vérifier les liquides à ferments. — *Pupier.* Essai sur l'atropine dans le diabète. — *Locquin.* Enorme phlegmon de la fosse iliaque, guérison.

Agosto. N. 31. — *Clément E.* Cardiopathie de la ménopause. (N. 32). *Truc.* Études sur le thorax normal de l'homme. (N. 33).

N. 32. *Garet.* Pneumonie droite hypertrophique survenue dans le cours d'un état puerpéral; guérison par les bains froids.

N. 33. — Instruction médicale sur le choléra, par la Société nationale de médecine de Lyon. (N. 34, 35). — *Boinet.* Luxation bilatérale en avant de la 3ᵉ sur la 4ᵉ vertèbre cervicale, réduction, guérison. (N. 34).

N. 35. — *Pollosson Maurice.* Anomalies de développement et tumeurs.

Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna.
Serie IV, Tomo V, Fasc. IV.

Colucci V. Di un tumore elefantiaco in un bue e della neoformazione e riproduzione epiteliale. — *Gotti A.* Sopra alcuni esperimenti di ino-

culazione carbonchiosa preservativa nei bovini. — *Tommasoli P.* Contribuzione all'anatomia ed alla patologia dell'epidermide studiata in alcuni suoi ispessimenti.

Il Morgagni (Napoli).

Giugno. N. 6. — *D'Antona.* Saggi di chirurgia addominale, 20 laparotomie. — *Buonomo.* L'influenza del sistema nervoso in alcune affezioni cutanee. — *Spadaro C.* Un caso di sarcoma dell'ovaio destro e dell'epiploon. — *Cozzolino V.* Sui tumori maligni alle tonsille. — *Romano C.* Il raddrizzamento brusco e la osteotomia rispetto agli altri mezzi di cura del ginocchio valgo. (N. 7).

Luglio. N. 7. — *Marsiglia V.* Un caso di sbadiglio convulsivo. — *Pucci P.* Il trattamento della pneumonite fibrinosa. (N. 8). — *Birelli A.* L'età dei genitori nella produzione dei sessi. — *Castaldi R.* Brevi considerazioni sulla patogenesi e cura del pterigio. — *Arzillo Domenico.* L'olio essenziale di trementina nella cura della difterite.

Agosto. N. 8. — *Cantani Arnaldo.* Un caso di carcinoma del cervelletto con scirro polmonare (Lezione riassunta dal dott. *Domenico Tinozzi*). — *Zeni G.* Sulla patogenesi dell'emoglobinuria da freddo. (Contin.). — *Morelli Pasquale.* I nuovi metodi di cura della erisipela. — *Ziino G.* In causa di parricidio. Studio frenjatrico-legale.

Medical News (Filadelfia).

Giugno. Vol. XLIV. N. 23. — *Bryson Delavan.* Practical suggestions upon the alimentation of patients suffering from dysphagia. — *Poore Charles F.* Osteotomy for ankylosis at the hipjoint.

N. 24. — *Post Alfred C.* Congenital deformity of hand; combined ectrodactylism and syndactylism. — *Reichert Edward T.* A new method of preparing egg albumen. — *Ranney A. L.* A curious case of persistent reflex spasm of the diafragm.

N. 25. — *Amidon R. W.* A plea for more heroic surgical interference in affections of the brain. — *Girar A. C.* Successful resection in pseudarthrosis of humerus.

N. 26. — *Bruen Edward T.* A case of supposed progressive pernicious anaemia. — *Hemenway H. B.* Removal of foreign bodies from the auditory canal. — *Webster Fox.* Serous cistic tumours of the orbit.

Luglio. Vol. XLV. N. 1. — *Skene A. J. C.* Frequent miscarriage; its pathology and treatment. — *Tiffany L. Mc. Lane.* A contribution to the history of the common femoral artery. — *Shaffner Charles.* Traumatic rupture of retina and choroid by a plush ball. — *Cole Newton Richard.* A contribution to the study of the etiology of malaria, based upon observations covering a period of nine months, at fort sill, indian territory.

N. 2. — *Duhring Louis A.* Sycosis non-parasitica, impetigo, ecthyma, psoriasis, pityriasis, dermatitis, purpura. Lecture. — *Gay George W.* Tracheotomy in croup. — *Persh Bernard.* Etherization by the rectum.

N. 3. (19 luglio). — *Thomson William* Sympathetic ophthalmia. — *Ewing Mears J.* Study of the pathological changes occurring in trifacial neuralgia, with the report of a case in which three inches of the inferior dental nerve were excised. — *Duhring Louis C.* Case of dermatitis herpetiformis (multiformis), aggravated by pregnancy and irregular menstruation.

N. 4. — *Duhring Louis A.* Lentigo, chloasma, naevus pigmentosus, molluscum epitheliale, callositas, clavus, cornu cutaneum, verruca, ichthyosis, hypertrophy of the hair, scleroderma, morphoea, sclerema neonatorum, elephantiasis arabum, dermatolysis. Lecture. — *Burnett Charles.* Reflex aural phenomena from nasopharyngeal catarrh; objective noises in and from the ear. — *Sydney Roberts A.* Chronic articular osteitis of the kneejoint, and description of a new mechanical splint.

Agosto. N. 5. — *Sayre Lewis A.* Disease of the Hip-joint. — *Bartholow Roberts.* On the chloride of gold and sodium in some nervous affections. — *Byrd William A.* Trephining for insanity, conseguent upon a depressed fracture of the skull. — *Price Joseph* and *Faught G. G.* On the use of the obstetrical forceps as a speculum and protector to the vagina in operations upon the foetus in ut ro.

N 6. — *Van De Warker Ely.* Versions and flexions of the unimpregnated uterus. (N. 8). — *Friedenwald A* Uraemic amaurosis. — *Kerr J. G* Lithotomy and lithotrity in the medical missionary Society's hospital, Canton China, in 1883. — *Olivier Charles A.* The use of collapsible metallic tubes in the dispensing of ointments in ophthalmic practice.

N. 7. — *Duhring Louis A.* Athrophies, albinism', vitiligo, canities, atrophia cutis, striae et maculae atrophicae, alopecia, alopecia areata, neoplasmata, keloid, molluscum fibrosum, xanthoma, rhinoscleroma, lupus erythematosus, lupus vulgaris, scrofuloderma. Lecture. — *Keen W. W.* On so-called abscesses of the frontal and maxillary sinuses, and especially on the value of percussion as a means of diagnosis, and the proper operative measures for their relief. — *Mastin Claudius H.* Prostatic calculi; their probable causes, with notes of remarkable cases. — *Jaggard W. W. (fine).* The pathology, etiology, prophylaxis, and treatment of puerperal fever, from the Vienna standpoint.

N. 8. — *Solis Cohen J.* On the prognostic value of the local manifestations observed in tuberculosis of the larynx. — *Crothers T. D.* A study of inebriety, coming from injuries of the head and body. — *Ferguson J hn.* Laceration of the cervix uteri during labor.

N. 9. — *Ashhurst John.* Some points in the diagnosis between psoas

abscess, aneurism, hernia, and malignant disease. — *Park Roswell.* On tuberculosis of bones and joints, and its treatment by ignipuncture. — *Radcliffe S. J.* Urticaria at a cause of miscarriage. — *Mac Coy Alexander W.* Report of a remarkable case of cough.

Progrès médical. (Parigi).

Giugno. N. 23. — *Rivet G.* De la viabilité du nouveau-né. A propos de l'hydrocéphalie anencéphalique. — *Monod Ch.* (*Continua*). Le cancer du testicule chez les enfants. (N. 24). — *Bourneville* et *Leflaive.* (*Continua*). Idiotie consécutive à l'hydrocephalie. (N. 25).

N. 24. — *Roussel J.* De la transfusion directe du sang vivant. (N. 25, 28, 30).

N. 25. — *Gosselin.* De la métrite parenchymateuse.

N. 26. — *Vigouroux Romain.* Note sur la polarisation du corps humain et des électrodes. — *Féré.* Note sur la région sylvienne et en particulier sur les plis temporo-pariétaux. — *Leloir H.* Sur une variété nouvelle, de périfolliculites suppurées, conglomérées en placards. (N. 27). — *Bourneville* et *Bricon.* De la roséole idiopathique ou Rubéole. (N. 28, 29).

Luglio. N. 27. — *Routier.* Hématocèle dans un kyste du cordon, avec prolongement abdominal. Incision. Grattage. Décortication. Guérison. — *Babbillon.* Cancer du pancréas. — *Gombault* et *Condoléon.* Cirrhose hypertrophique.

N. 28. — *Pitres A.* Des crises de courbature musculaire au début de l'ataxie locomotrice progressive. — *Féré Ch.* et *Binet A.* Note pour servir à l'histoire du transfert chez les hypnotiques.

N. 29. — *Vigouroux Romain.* De l'électricité statique comme agent préventif du choléra. — *Kornilowicz.* Note sur la coloration des corps granuleux.

N. 30. — *Pérochaud J.* Trois mois à la clinique chirurgicale de l'école de plein exercice de Nantes. (N. 31). — *Dumontiers.* De l'élimination du bichromate de potasse.

Agosto. N. 31. — *Budin.* Note sur une sonde pour pratiquer le lavage de la cavité utérine et d'autres cavités. Sonde à canal en forme de fer à cheval. (N. 33, 34, 35). — *Valude M. E.* Sarcome de la région, sus-hyoïdienne, opération. Mort rapide. Généralisation du néoplasme aux poumons.

N. 32. — *Sabourin Ch.* Faits pour servir à l'histoire des veines sushépatiques dans le foie. Racines glissoniennes des veines sus-hépatiques. — *Parinaud Henri.* Troubles oculaires de la sclérose en plaques.

N. 33. — *Gosselin.* Tumeur maligne du testicule.

N. 34. — *Bourneville* et *Budor.* Instabilité mentale avec perversion des instincts. (N. 35).

N. 35. — *Blocq.* Molluscum simplex ulcéré de la grande lèvre.

La Psichiatria (Napoli).

Fasc. II. — *Bianchi L.* Difetto porencefalico in individuo emiplegico dall'infanzia e con arresto di sviluppo degli arti del lato emiplegico. — *Adriani G.* Contributo alla conoscenza delle psicosi degenerative. — *Stassano E.* Sugli anestetici. Osservazioni e sperienze. — *Fede F.* Contribuzione allo studio delle localizzazioni cerebrali e della epilessia Iacksoniana.

Raccoglitore Medico (Forlì).

Giugno. N. 17. — *Cianciosi Angelo.* Contributo clinico allo studio delle localizzazioni funzionali del cervello, ed in particolare di quella sensitiva ganglionare.

N. 18. — *Montalti Ciro.* Ancora della statistica degli ospedali. Risposta alla lettera del comm. Luigi Bodio.

Luglio. N. 1-2. — *Simonelli Andrea.* L'urologia, ossia l'urina e le sue alterazioni patologiche. — *Bertaccini Colombano.* Un caso di richiamo alla vita di un neonato asfittico, mediante la respirazione artificiale. — *Bottari Alfonso.* La pneumonite lobare acuta e le malattie di infezione. — *Doni Aldo.* Forbici emostatiche Raggi.

N. 3. — *Rainoldi Rinaldo.* Gastrite acuta, ulcera di stomaco, gastralgia ed irradiazioni isteriche per abuso di acqua antisterica di S. M. Novella. (N. 4).

N. 5-6. — *Giorgieri C.* L'ipnotismo. (Continua). — *Bodio L.* Seconda lettera al direttore del *Raccoglitore Medico.*

Medical Record (Nuova York).

Giugno. Vol. XXV. N. 23. — *Gibney V. P.* The treatment of sciatica by the strong galvanic current. — *Gradle H.* Oour knowledge of the causes of disease. — *Cornwell Henry G.* On the value of ophtalmoscopic examinations in disease of the nervous system, together with remarks on hyperaemia of the fundus oculi and pressure-atrophy of the optic nerve in diseases of the brain. — *Ferguson J.* Spasmodic internal strabismus.

N. 24. — *Stillmans Charles F.* Extension of the hip and its production with twenty-two illustrations. — *Welch George T.* Many drugs; few remedies.

N. 25. — *Ranney A L.* Practical hints regarding the methods of examination employed as aids in the diagnosis of nervous diseases. With four illustrations. (N. 26). — *De Garmo W. B.* The practical treatment of abdominal hernia. — *North Alfred.* Three cases of compound depressed fracture of skull, with removal of depressed bone in first and second cases, no operation in third; recovery in all.

N. 26. — *Mittendorf William J.* On Foerster's method of artificially ripening cataracts.

Luglio. Vol. XXVI. N. 1. — *Fothergill Milner J.* Some remarks on

affections of the heart. (N. 2, 3, 4). — *Sexton Samuel.* Practical observations on the human ear and its diseases, with illustrative cases. — *Moore M.* Yellow fever on the United States steamship Portsmouth.

N. 2. — *Cauldwell O. M.* Manaca in thé treatment of rheumatism. Report of fourteen cases. — *Harris R. B.* Veratrum viride and gelsemium in the successful treatment of tetanus. — *Holden Edgar.* When are we at greatest risk from consumption? — *Klingensmith I. P.* On the heroic use of calomel in diphtheria and croup.

N. 3. — *Mackenzie John N.* A contribution to the study of coryza vasomotoria periodica or so-called « Hay fever. » — *Peters John C.* Warburg's tincture. Hints for simplifying and cheapening it. — *Dana S. W.* Delirium closely resembling mania a potu following the free use of morphine. — *Henel Franz.* The inalation of sulphuric ether, with a description of an automatic-supplying inhaler. With two illustrations.

N. 4. — *Dwight Chapin Henry.* The prevention of summer complaint. — *Christian E. P.* A contribution to the leterature of placenta praevia, with a history of eight cases. — *North N. L.* On the un trustworthiness of fluid extracts, with practical notes regarding rhus toxicodendron, pulsatilla, cereus bonplandi and other plants. — *Webster David.* A staphylomatous eyeball enucleated for sympathetic irritation, calcified cornea, ecc. — *Streeter N. W.* Electrolysis in stricture. — *Fowler Geo. B.* A Lea for the use of delicate tests for albumen in urine.

Agosto. N. 5. — *Redfern Peter.* Address on physiology. — *Sexton Samuel.* Practical observations on the human ear and its diseases, with illustrative cases. (N. 6, 7). — *Sée Germain.* On respiratory medicaments. — *Tayer C. C.* Hepatic albuminuria.

N. 6. — *Kidd George H.* Puerperal fever. — *Zenner Philip.* Cerebral localization; the centres for visions. (N. 9).

N. 7. — *Cuming James.* The causes of disease as viewed from the standpoints of predisposition, hereditary influences, racial proclivities, epidemic constitution, and vital resistance. — *Geddings W. H.* A case of indigenous leprosy. With an illustration. — *Stockard C. C.* Fibro-cyst of uterus weighing one hundred and thirty-five pounds With an illustration.

N. 8. — *Tommasi Crudeli Corrado.* The natural production of malaria, and the means of making malarial countries healthier. — *Panum L.* Food rations in health and disease, of persons confined in the hospitals, infirmaries, and prisons of different countries. — *Ord William M.* On some disorders of nutriction related with affections of the nervous system. (N. 9).

N. 9. — *Mackenzie Morell.* On hay fever and rose cold. — *Baker Henry B.* Age of greatest risk from consumption.

Revue de Chirurgie (Parigi).

Giugno. N. 6. — *Sée Marc.* De l'entorte et de son traitement. — *Charvot.* De la tuberculose chirurgicale. (N. 8). — *Gangolphe.* De la résection du poignet dans le traitement des ostéo-arthrites fongueuses, ses résultates définitifs. — *Miquel P.* Les organismes vivant de l'atmosphère. — *Doudoy L.* Du rôle des organismes inférieurs dans les complications des plaies. — *Fournier C.* Des schyzomycètes ou schyzophites au point de vue médical.

Luglio. N. 7. — *Franco Pierre.* Petit traité sur les hernies. — *Verneuil.* Le traumatisme et les affections du foie. — *Chavasse.* Contribution à l'étude des luxations tarso-métatarsiennes. — *Lauth.* Note sur un cas de contusion du plexus cervical superficiel et du plexus brachial.

Agosto. N. 8. — *Demons.* De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. — *Dardignac J.* Observation de tumeur dermoïde du plancher buccal.

Revue de Médecine (Parigi).

Giugno. N. 6. — *Sabourin Ch.* Sur quelques cas des cirrhose rénale avec adénome multiples. — *Girandeau C.* Des infarctus musculaires. — *Féré Ch.* Note sur un nouveau cas de pied tabétique. — *Cénas L.* Troubles nerveux complexes des extrémités consécutifs à une blessure du nerf cubital. — *Ballet.* Accidents consécutifs à la compression habituelle du cubital. — *Boyer.* Ataxie locomotrice: pied tabêtique. — *Lannois.* Sur quelques points de la pathologie cardiaque.

Luglio. N. 7. — *Bouveret.* Note sur le developpement du cancer primitif du foie. — *Dumolard.* Paraplégie douloureuse aigüe. — *Chauffard.* Note sur un cas de rétrecissement tricuspidien. — *Roger G. H.* De l'entérorrhée tabétique. — *Giraudeau.* Fièvre typhoïde. Tuberculose intestinale. — *Weill E.* Hémichorée pleurétique. — *Uffelman J.* Des maison hospitalières destinées au traitement des enfants faibles et scrouleux des classes pauvres. (N. 8).

Agosto. N. 8. — *Balzer.* Contribution à l'étude des gommes de la peau. — *Sabourin Ch.* Les origines glissoniennes des veines sus-hépatiques, leur rôle dans la topographie des lésions du foie. — *De Beurmann.* Note sur un cas de rage humaine. — *Keller Th.* Contribution à l'étude des ecchymoses sous-cutanées d'origine nerveuse. — *Barêty A.* De l'auscultation des bruits aesophagiens pendant la déglutition. — *De Fleury.* Note sur les rapports de la trépidation épileptoïde du pied avec l'exagérations des reflexes rotuliens. — *Dubousquet Laborderie* et *Gaucher C.* Syphilis héréditaire tardive. Altérations dentaires. — Phthisie pulmonaire, syphilitique guérie.

Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest. (Bordeaux).

Giugno. N. 13. — *Ducos.* Des accidents causés par les explosions des chaudières à vapeur, de leur causes et des moyens de les évi-

ter. — *Layet.* Les opérations du dévasement du bassin à flot de Bordeaux éxécuté en 1883, considérées au point de vue de l'Hygiène publique.

Luglio. N. 15. — *Layet A.* Le Choléra actuel. — *Taguet H.* Considérations statistiques sur les aliénées à l'asile de Bordeaux pour 1883. (N. 16).

N. 16. — *Alexandre Layet.* Nécessité fait loi. Danger de l'emploi des matières fécales, comme moyen d'arrosage des champs livrés à la culture maraîchère. — *Drouineau G.* La paix et la guerre au point de vue de la santé publique. — *Layet A.* Considérations sur les accidents des chemins de fer.

Agosto. N. 17. — *Rondot E.* Note sur les trois épidémies de choléra qui se sont développées à Bordeaux en 1832, 1849 et 1854. — *Layet A.* Les eaux-de-vie toxiques.

N. 18. — *Pascal.* — Des principales maladies existant à Bordeaux et de leur mortalité.

Rivista clinica di Bologna.

Giugno. — *Ruggi.* Forbici emostatiche Ruggi. — *Formaggini.* Sopra un caso di ambliopia saturnina. — *Marinian.* Contribuzione allo studio clinico dei riflessi tendinei. — *Desales.* Dell'albumina nella saliva e nella bile dell'albuminuria — *Gotti.* Dell'emorragia consecutiva all'estrazione della cataratta.

Luglio N. 7. — *Berté* e *Guzzi.* Contributo alla anatomia dell'ovajo della donna gravida. — *Bianchi.* Un caso di tisi polmonare migliorato notevolmente dopo l'insorgenza di un pneumo-torace. — *Majoli.* Storia di un'occlusione lenta dell'intestino cagionata dal passaggio e dello strozzamento di un'ansa del crasso attraverso il forame del Vinslow. — *Calderone.* Amaurosi traumatica temporanea binoculare per comunicazione.

Agosto. N. 8. — *De Giovanni Achille.* Alterazioni della vena cava ascendente complicanti la cirrosi epatica primitiva e la cirrosi cardiaca. — *Testa Baldassare.* Ricerche sperimentali sull'azione biologica della naftalina. — *Zeni Giovanni* e *Bettelli Ciro.* Contribuzione allo studio dell'azione della resorcina sulla temperatura e sul ricambio materiale in condizioni di sanità.

Rivista clinica dell'Università di Napoli
(Supplemento alla *Gazzetta degli Ospitali*).

N. 6. — *Cantani A.* Pneumo-pio-torace tubercolare. — *Massei F.* Encefaloide delle tonsille. — *Cardarelli.* Aneurisma saccato dell'angolo d'inflessione dell'aorta.

N. 7. — *De Renzi E.* Paralisi spinale spasmodica e latirismo. — *Del Monte M.* Iridite sifilitica.

Rivista internazionale (Napoli).

Giugno N. 6. — *Petteruti.* Antracosi da petrolio. — *Renzone R.* L'ossaluria ed il suo valore clinico. — *Pensato F.* Contribuzioni sperimentali sull'azione dei purganti.

Luglio N. 7. — *Meola.* Sulla struttura degl'involucri del feto umano. — *Renzone R.* Sulla perizia delle macchie di sangue. — *Morisani D.* Su di un raro caso di prolasso dell'omento per la via del retto intestino.

Rivista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale (Reggio-Emilia).

N. 1.°-2.° — *Luciani L.* Linee generali della fisiologia del cervelletto. — 1.° *Poggi Carlo.* Varietà delle circonvoluzioni cerebrali nei pazzi (*fine*). — *Tonnini Silvio.* I disturbi spinali nei pazzi pellagrosi (*fine*). — *Musso Giuseppe.* Le variazioni del diametro pupillare negli epilettici. — *Seppilli Giuseppe.* La sordità verbale od afasia sensoriale. — *Algeri G.* Contributo allo studio della così detta asfissia locale negli alienati. — *Seppilli.* L'epilessia corticale. Ricerche sperimentali. — *Tanzi.* La paranoia e la sua evoluzione storica.

Rivista Veneta di Scienze Mediche (Venezia).

Luglio. N. 1. — *Lussana F.* Fisiologia sperimentale del cervelletto. — *Fiorani G.* Sulla cistotomia perineale, e specialmente sulla guida del dott. Gritti. — *Luzzatto M.* La malattia di Thomsen.

Agosto. N. 2. — *Paganuzzi Luigi.* Sullo stato di mente di Luigi Bozzato imputato di parricidio. — *Regazzoni Leone.* Contributo allo studio del tetano traumatico. — *Bassi Ugo.* Sulle stratificazioni mucose dell'intestino (enterite membranosa).

Schmidt's Jahrbücher (Lipsia).

N. 4. — *Flechsig R.* Bericht über die neueren Leistungen auf dem Gebiete der Balneologie. — *Berger Walter.* Balneologische Beiträge aus der skandinavischen Literatur.

N. 5 e 6. — *Lüttich B.* Beiträge zur Kenntniss innerer Aneurysmen.

Lo Sperimentale (Firenze).

Maggio. N. 5. — *Curci.* Sull'azione del piombo e sul saturnismo. (N. 6). — *Severi A.* Valutazione della lunghezza del tubo alimentare e delle sue diverse parti in rapporto alla età del feto. — *Petrone L. M.* Nota sull'infezione dissenterica. — *Lachi P.* Della granulosa ovarica e dei suoi elementi. — *Brachini A.* Genu-valgum doppio-osteotomia di Macewen. — *Ferreri G.* Gli apparecchi acustici.

Giugno. N. 6. — *Becchini S.* Sulla natura della pneumonite crupose. — *Lusardi G.* Di un tetano reumatico curato con alte dosi di clora-

lio e bagni caldi. Guarigione. — *Cannizzaro R.* Legatura sottocutanea dell'arteria brachiale seguita da guarigione di prima intenzione. — *Sacchi G.* Nuove indagini relative alla tessitura della nevroglia nella retina dei vertebrati. — *Cavagnis.* Sulla rigenerazione parziale del fegato.

Luglio. N. 7. — *Zappalà C.* Frattura spontanea della pietra in vescica. — *Sonsino P.* Della emottisi da distoma endemico in Giappone e in Formosa in confronto colla ematuria da bilharzia endemica in Egitto e in altre contrade affricane. — *Gaglio G.* Su di una modificazione della bile in rapporto con la digestione gastrica. — *Arzelà.* Contributo allo studio sul solfato di berberina contro il tumore splenico e le febbri da infezione malarica. — *Colzi F.* Sulla estirpazione della tiroide — *Petrone L. M.* La malattia di Thomsen.

Agosto. N. 8. — *Rovini Vittorio.* Sull'attuale endemia di ileotifo in Signa. — *Batelli Andrea.* Dello adattamento di alcune cellule endoteliali nelle membrane sierose. — *Baldi Dario.* Sulla formazione dei componenti biliari e sulla funzione emuntoria del fegato. — *Axenfeld.* Un saggio sull'albumina. — *Capezzuoli S.* Rivista sintetica sulla fucsina usata a colorire bevande e commestibili.

Uniao medica. Revista mensal, etc. (Rio de Janeiro).

Marzo. N. 3. — *Moncorvo.* (*contin.*). De la sclérose en plaques chez les enfants (N. 4). — *Freire Domingos.* Novo processo volumetrico para dosar a quinina das cascas de quina, no estado de sulfato. — *De Lacerda J. B.* Breve resposta a um artigo inserido na *Gazeta medica* de Bahia a proposito das minhas investigações sobre o Beriberi. — *Velloso Ignacio Alcibiades.* O alveloz no tratamento das ulceras cancerosas. — *Jansen de Mello.* Pathogenia da hypoemia intertropical. (N. 4).

Aprile. N. 4. — *Ferreira Clemente.* Do emprego da estrychinina no alcoolismo. — *De Cunto Jeronymo.* O jodoformio na tisica pulmonar, na hemoptyse e na coqueluche.

Union médicale (Parigi).

Giugno. N. 80. — *Schwartz Ed.* Sur un cas d'anévrysme artério-veineux de la cuisse. — *C. L. D.* Les pigments de l'urine et les moyens de la reconnaître.

N. 82. — *Richelot L. G.* De l'énucléation des myomes utérins. (N. 83).

N. 84. — *Fournier Alfred.* Syphilis héréditaire tardive. Accidents cérébraux. (N. 87). — *Nicolas Joseph.* Note sur l'emploi des eaux minérales, en particulier de celles de Mont-Dore.

N. 85. — *Grasset Edmond.* Deux observations de tumeurs à la cuisse qui ont motivé, l'une l'ablation, l'autre l'amputation du membre.

N. 86. — *Hermet P.* De la surdité dans le tabes syphilitique.

N. 88. — *Terrier F.* Kyste dermoïde de l'ovaire. Ablation. Guérison.

N. 89. — *Barthélemy.* Guérison rapide du chancre simple. — *Stredey Armand.* Instruction sur le mode de conservation des pièces anatomiques destinées à être examinées au microscope.

N. 90. — *Longuet R.* Les simulations thermométriques.

N. 91. — *Petit L. H.* Influence de la syphilis sur la consolidation des fracturés. — *Notta Maurice.* De la pathogénie du rhumatisme, et de la valeur de la théorie spinale.

N. 92. — *C. L. D.* L'épidémie cholérique en 1884. (N. 93, 94, 96, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123).

N. 93. — *Dehenne.* Du traitement des granulations conjunctivales par le thérmo-cautère.

Luglio, N. 94. — *Guermonprez.* Sur le pronostic des mutilations de la main.

N. 96. — *Coüetoux.* Traitement médical de l'angine pseudo-membraneuse et du croup. — Le choléra de 1873 et le choléra de 1884.

N. 97. — *Le Blond.* De l'emploi de la résorcine dans le traitement de la diphtérie.

N. 98. — *Ch. E.* Les propriétés et les usages thérapeutiques de la trinitrine.

N. 99. — *Terrier F.* Kyste ovarique multiloculaire. Ovariotomie. Guérison. — *Toulouze Eug.* L'allaitement artificiel à l'époque gallo-romaine.

N. 100. — *C. L. D.* La pathogénie de la pneumonie au Congrès des médecins allemands en 1884.

N. 102. — *Lagout.* Herpès labial et zona. — *C. L. D.* Le choléra de 1884 et les instructions sanitaires de M. Koch.

N. 105. — *Louguet R.* Les derniers travaux sur la prophylaxie et la thérapeutique de la diphtérie. (N. 104).

N. 106. — *Rummo.* Considérations cliniques sur la paralysie agitante. — *C. L. D.* Le choléra à la chambre des Députés.

N. 107. — *Longuet R.* L'anesthésie rectale.

Agosto. N. 109. — *Sée G.* Des phthisies douteuses à l'auscultation. (N. 110).

N. 110. — *Boulomié P.* Des déformations goutteuses et de leur traitement. (N. 117).

N. 111. — *Eloy Ch.* La maladie de Hogdsén.

N. 112. — *Notta Maurice.* Le nouveau Codex.

N. 113 — *Straus et Roux.* Recherches sur le choléra à Toulon. — *E. Ch.* Les propriétés et les usages thérapeutiques de l'hamamelis virginica.

N. 114. — *Desprez.* Du traitement rationnel de la période aigüe du choléra asiatique et ses résultats dans les épidémies. (N. 116-118).

N. 115. — *C. L. D.* L'immunité contre la rage et le rapport de M. Bouley.

N. 119. — *Grancher J.* Scrofule et tuberculose.
N. 120. — *Cornil.* Pathologie des néphrites subaiguës et chroniques. (N. 121).
N. 122. — *Gibier Paul.* Recherches expérimentales sus la rage.
N. 123. — *Besnier J.* Accidents cérébraux et accès pernicieux sporadiques. (N. 124). — *Charpentier.* Du doigt à ressor.

Unione medica Egiziana (Alessandria)

N. 1. (15 giugno). — *De Castro.* Ferite del polmone. Riassunto di alcune perizie medico legali. (N. 2). — *Battaglia Bruno.* La paraldeide. — *Belleli V.* La question des egouts à Alexandrie et le projet de l'Ingénieur J. Shone.
N. 2. (1 luglio). — *Belleli.* Il bacillo della tubercolosi e sua ricerca negli sputi.
N. 3. (15 agosto). — *Sonsino P.* Il ciclo vitale della *filaria sanguinis hominis.*

VARIETÀ

Statistica del Colera. — Dal 2 agosto alla fine di settembre si ebbero in tutta Italia 17,300 casi con 8,600 morti. Queste cifre non sono di assoluta esattezza, ma possono essere considerate come molto approssimative. Esaminandole secondo il riparto di ciascuna delle quarantadue provincie più o meno attaccate e visitate dal morbo, abbiamo la seguente specificazione:

Alessandria casi 29 con 18 morti — Aquila 81, morti 28 — Avellino 24, morti 14.

Benevento 12, morti 1 — Bergamo 685, morti 343 — Bologna 2 morti 16 — Brescia 25, morti 14.

Campobasso 166, morti 67 — Caserta 239, morti 82 — Chieti 5, morti 2 — Cosenza 8, morti 1 — Cremona 137, morti 77 — Cuneo 1009, morti 568.

Foggia 3, morti 2 — Ferrara 29, morti 9.

Genova 1749, morti 867.

Lucca 10, morti 3.

Mantova 9, morti 3 — Massa 244, morti 138 — Milano 27, morti 12 — Modena 46, morti 22.

Napoli 12,280, morti 6098 — Novara 8, morti 2.

Parma 197, morti 120 — Pavia 17, morti 6 — Pisa 10, morti 5 — Piacenza 1, morti 1 — Porto Maurizio 25, morti 23.

Reggio Emilia 103, morti 55 — Roma 7, morti 3 — Rovigo 52, morti 30.

Salerno 46, morti 9 — Sondrio 6, morti 3.

Venezia 4, morti 2.

Ebbero inoltre un caso solo, non seguito da morte, le provincie di Ascoli, Como, Firenze, Lecce, Perugia, Potenza e Ravenna.

La mortalità media *totale* fu del cinquanta per cento sui colpiti. Sempre s'intende dal 2 agosto alla fine di settembre (1).

A queste generali notizie aggiungiamo le particolari che riguardano le città Napoli, Genova e la Spezia continuandole fino al 4 ottobre, e levate dai *Bollettini della Gazzetta Ufficiale*; e così il lettore potrà meglio seguire l'andamento del terribile morbo, il quale più che alla scienza, parve piegarsi davanti alla carità ed all'abnegazione di cui vedemmo meravigliosi e sublimi esempj dal principe al più umile popolano, dal prete al soldato.

---

(1) Dal giornale il *Fanfulla* del 5 ottobre.

Data	Napoli		Genova		Spezia	
	Casi	Morti	Casi	Morti	Casi	Morti
22 Agosto	—	—	—	—	70 (1)	24
23 »	—	—	—	—		41
24 »	3	—	—	—	non ind.	14
25 »	0	—	—	—	il N. dei	5
26 »	3	2	—	—	casi	13
27 »	—	3	—	—	19	8
28 »	2	—	—	—	30	10
29 »	—	—	—	—	24	6
30 »	1	1	—	—	33	17
31 »	2	2	—	—	24	16
1 Settembre	60	—	—	—	39	13
2 »	89	49	—	—	14	13
3 »	91	62	—	—	27	7
4 »	136	53	—	—	33	14
5 »	168	69	—	—	30	25
6 »	209	80	—	—	32	18
7 »	346	113	—	—	24	15
8 »	633	275	—	—	20	15
9 »	750	358	—	—	27	20
10 »	966	474	—	—	26	17
11 »	809	430	—	—	32	13
12 »	872	395	—	—	35	8
13 »	642	348	—	—	28	16
14 »	643	371	—	—	17	8
15 »	470	283	—	—	18	6
16 »	463	265	—	—	13	11
17 »	507	283	—	—	10	70
18 »	437	283	—	—	21	5
19 »	385	236	—	—	18	11
20 »	295	99	—	—	15	11
21 »	305	161	—	—	16	7
22 »	251	152	sosp. 4	—	33	7
23 »	264	126	sosp. 3	—	21	6
24 »	242	121	9	5	20	10
25 »	201	65	51	20	13	5
26 »	166	63	38	12	9	6
27 »	166	71	39	27	11	6
28 »	118	67	52	26	8	6
29 »	122	48	66	47	8	8
30 »	136	57	52	30	6	2
1 Ottobre	82	55	45	7	4	4
2 »	80	50	24	25	3	1
3 »	47	28	22	28	8	2
4 »	42	33	20	20	4	1
	11,204	5631	418	247	838	476

(1) Dal principio dell'invasione.

Mortalità su 100 colpiti:

Napoli	50.2
Genova	59.0
Spezia	56.8

E però anche questa volta verrebbe confermata la triste legge epidemiologica, che qui venne altra volta esposta (1), l'*intensità* (mortalità) de'*morbi sta in proporzione inversa della loro estensione* (diffusibilità).

Affinchè poi il lettore sia meglio informato di quanto avvenne e fu fatto in Napoli, riferiamo le notizie che in proposito dava testè il dottore Achille Spatuzzi, Direttore dell'Ufficio d'Igiene municipale di colà, nel giornale la *Stampa* (6-7 ottobre).

« Quando scoppiò il cholera in Francia, noi non ci facemmo illusioni. Vedevamo bene che Napoli era la città più minacciata dal terribile nemico. Il nostro sindaco diede un impulso quasi febbrile agli svariati provvedimenti igienici, ma molti di essi non potevano essere attuati in breve tempo. Quando per vie di terra e di mare si raccoglievano a Napoli i provenienti dalle quarantene, l'amministrazione municipale soccorreva in tutti i modi i poveri e li faceva immantinenti partire. I ricchi però entravano qui inosservati fin da quando il cholera stava ancora di là dalle Alpi, e ne vennero poi in maggior numero e con più frequenza, quando scoppiò a Spezia e nel Molise. Per quelli che venivano o per ferrovia o in carrozza, era impossibile una vigilanza non autorizzata dalle leggi, sebbene prefetto e sindaco fossero d'accordo a fare ciò che meglio potevano in quella difficilissima circostanza.

« Sicchè è da sospettare che parecchi individui, venuti di nascosto dai luoghi infetti, sieno stati colpiti dal cholera; ed è certo che in luglio erano qui ricoverati nelle locande della sezione Porto molti poveri provenienti dalle quarantene, tra i quali si svilupparono diarree sospette. Il sindaco fece sgombrare quelle locande, inviandone gli ospiti a bordo di una nave in alto mare. Ma tra essi un infermo di diarrea sospetta fu spedito all'ospedale della Conocchia, e guarì. Chi sa se fin d'allora il mal seme era caduto nel nostro sottosuolo? Certamente fin dal luglio tutti i medici notavano a Napoli certe forme di diarrea specifiche. Era la cholerina che faceva da battistrada al cholera, di cui il primo caso ben constatato si avverò verso la metà di agosto, in persona di un carrettiere di Venafro, che morì all'ospedale di Loreto. Già da parecchi giorni il sindaco aveve aumentati i membri della Commissione sanitaria, chiamando intorno a sè i più illustri clinici della città, e pregandoli a funzionare da ispettori sanitarii nelle diverse sezioni. Il personale dei medici addetti al servizio municipale fu notevolmente aumentato.

(1) « Ann. un. di med. » 1879, Vol. CCXLVII, pag. 127.

« Il sindaco e la Commissione sanitaria invitarono ad unanimità il prof. Buonomo ad assumere la direzione degli ospedali, e l'assessore de Bonis provvedeva all'ordinamento di tutto questo servizio ospedaliero e sanitario.

« Il municipio si proponeva di organizzare una larga ispezione medica per curare la maggior parte dei casi di diarree sospette, per isolare a tempo i primi casi di cholera, disinfettare le abitazioni e le fogne e distruggere i panni, che erano stati in contatto dei cholerosi. Ma quando ai primi casi si cominciarono ad adottare queste misure, la popolazione si ribellò credendo i medici avvelenatori, ed allorchè i preti si adoperarono a calmare le apprensioni, caddero in sospetto anch'essi. Non solo si tenevano occulti i casi di malattia e si aspettava a chiamare il sacerdote quando l'infermo era già moribondo, ma talvolta mentre quello denunziavane la morte all'autorità municipale, la famiglia del defunto sottraeva le biancherie ed i panni, abbandonava la casa, e si nascondeva altrove. Lo stesso facevano gli altri inquilini del palazzo, per non rimanere isolati. Può immaginarsi quanto questa riluttanza abbia contribuito a dissimulare il contagio tra questa popolazione, che così presto doveva scontare, con tanto caro prezzo, la propria avversione alle savie misure preventive.

« Nelle ore pomeridiane del 31 agosto scoppiò l'epidemia come un fulmine, che scorrendo da Porta di Massa a San Giovanni e Paolo, colpì la regione orientale bassa della nostra città, facendo strage massimamente nella zona marittima di Porto e Pendino, ed in quella di Mercato e Vicaria, che confina con le paludi. Ben vi furono casi sparsi nelle zone limitrofe, ed anche in altri punti della città, ma la diffusione rapida dell'epidemia si ebbe segnatamente nella sopradetta regione.

« Il cholera scoppiò dopo abbondanti pioggie ed abbassamento di temperatura; e le osservazioni meteorologiche segnate dall'Osservatorio di Borgo Loreto, ci dimostrano come questa regione, più delle altre della nostra città, è sottoposta al rapido abbassamento di temperatura ed all'influenza dell'umidità. Senza dubbio il cholera ha fatto maggiore strage tra le persone che vi erano predisposte per precedenti diarree, e tra la gente povera affollata in bassi luridi ed in cattive case, tra le quali il contagio può essere facilmente trasmesso, non ostante le disinfezioni e gl'isolamenti. Ma tra i colpiti vi furono anche persone agiate e sobrie, ed in quella zona risentirono l'influenza istantanea della prima invasione epidemica i soldati ricoverati nel quartiere dei Granili, i detenuti di San Francesco e Castelcapuano, le alunne dell'Annunziata, il personale delle ferrovie e le inferme di San Eligio.

« Innanzi alla grande catastrofe il soccorso delle autorità municipali s'incontrò sollecito e concorde con quello delle provinciali e politiche. Il ceto dei cittadini illuminati accorse spontaneo all'opera di carità, sprezzando ogni pericolo. I medici si trovarono a fianco dei sacerdoti,

guidati dall'apostolico esempio dell'arcivescovo cardinale Sanfelice. La plebe rimase attonita in quei primi momenti, ma quando vide aumentar la strage, passò ben presto a far processioni, a scovrire immagini religiose, confondendo il tumulto alla preghiera.

« La venuta del Re aggiunse coraggio e disciplina alla grand'opera di soccorso. Sostituì al barbaro scompiglio della plebe ignorante, l'entusiasmo del popolo riconoscente.

« Nè può esser mai dimenticato il nobile sacrifizio delle squadre dei patrioti volontarii, che da tanti parti d'Italia vennero a dividere con noi le ansie ed i pericoli.

« La enorme e spaventevole calamità di Napoli si trasformò in un grande e nobile avvenimento politico-sociale.

« L'entusiasmo fu accompagnato da infinite opere di filantropia; ma quale influenza hanno avuto tutte queste circostanze straordinarie sulle condizioni igieniche ed economiche di questo grosso centro di popolazione, decimato dalla epidemia, ed isolato dal commercio? Quali sono i mezzi più efficaci per curare insieme la miseria e la malattia, e disinfettare quest'ambiente ammorbato da miasmi e corrotto da contagi fisici e morali?

« Ecco le domande che aspettano dagli uomini pratici una concreta risposta. »

Sedi di nuovi Congressi. — A Washington il Congresso internazionale di Medicina, a Vienna quello d'Igiene, a Bruxelles l'altro d'Otologia.

Non ancora è stato stabilito quando si terranno i parecchi Congressi nazionali che si dovevano riunire a Torino nello scorso settembre, e che sgraziatamente per le condizioni della pubblica salute si dovettero differire.

La Statistica dei medici. — Al Congresso internazionale delle Scienze mediche, tenuto a Copenhagen, è stato annunziato che presentemente in tutto il mondo v'hanno 189,650 medici de'quali:

65,000 negli Stati Uniti
35,000 nella Gran Bretagna e nelle sue colonie
32,150 in Germania e nell'Austria Ungheria
26,300 in Francia
10,000 in Italia
5,000 in Ispagna

(*Gazz. Uffic. del Regno, 1884, N. 237*).

Opere presentate alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina.*

Alpago-Novello L. « Sclerodermia generale. » Padova 1884. « Gazz. Med. Ital. Prov. Ven. »

Amadeo G. « Contribution à l'étude du carcinome primitif du corps utérin. » Thèse de Genève. Genève 1884.

« Associazione di mutuo soccorso degli operai di Cremona. » Concorso all'Esposizione Nazionale di Torino. Relazione. Cremona 1884.

Bacchi Alessandro. « Una proposta ai medici per la cura del cholera. » Bologna 1884.

Baldi Dario. « Sulla formazione dei componenti biliari e sulla funzione emuntoria del fegato. » Ricerche sperimentali. « Lo Sperimentale. » Agosto 1884. Firenze.

« Belgique (Académie Royale de Médecine de). » Procès-verbal de la séance extraordinare du 2 aout 1884. Bruxelles 1884.

Bianchi L. « Il riflesso tendineo e specialmente il fenomeno del ginocchio dal particolare punto di vista della sua semiologia e patologia nella paralisi progressiva degli alienati. »

— « Difetto porencefalico in individuo emiplegico dell'infanzia e con arresto di sviluppo degli arti del lato emiplegico. » « La Psichiatria. » Napoli, 1884.

Brugnoli Giovanni. « Rapporto sullo stato sanitario della Provincia di Bologna nell'anno 1882. » Bologna 1884. « Bullett. delle Scienze Mediche. »

Bufalini Giovanni. « Action antiseptique des principes biliaires. » « Archives italiennes de Biologie. » Tom. V. Turin.

— « Azione antisettica dei principii biliari. » « Riv. di Chim. med. e Farmac. », 1884.

— « Sul valore antisettico dell'acqua ossigenata, dell'acido jodico e dell'acqua di calce. » Torino 1884. « Gazz. med. di Torino. »

— « Sull'avvelenamento per acido prussico. » Nota. « Riv. di Chim. Med. e Farmac. » Torino 1884.

— e *Tassi Fl.* « Contribuzione all'avvelenamento per Jequirity. » « Riv. di Chim. Med. e Farmac. » Torino 1884.

Byrom Bramwell. « Diseases of the heart and thoracic aorta », with 317 illustrations. Edinburgh, Pentland 1884, 8.° pp. XVI, 783.

Cantarano Guglielmo. « Colorazione bronzina della cute per sifilide costituzionale. » « Movim. Med. Chirurg. » 1884.

Casali Adolfo. « Di alcune precauzioni e dei mezzi disinfettanti in caso di cholera. » Bologna 1884.

Cattani Giuseppina. « Ricerche intorno alla normale tessitura ed alle alterazioni dei corpuscoli pacinici degli uccelli (corpuscoli dell'Herbst). » Roma, Salviucci, 1884, 4.° « Memoria della R. Accademia de'Lincei. »

Cesari G. e *Frignani R.* « La cura catartica per injezione ipodermica e tettale. » 1.ª Dispensa. Modena 1884.

Coen Edmondo. « Un nuovo caso di torace imbutiforme. » Memoria, « Bullett. della Sc. Med. » Bologna 1884.

« Cronaca del Manicomio provinciale di Pavia in Voghera », 1884. N. 4, 5, 6, 7 ed 8. 6 Giugno e 2 Settembre.

D'Ajutolo Giovanni. « Su di un caso raro di ernia diaframmatica lipomatosa con altre particolarità anatomiche nella pleura destra e nello sfenoide. » « Bullett. delle Scienze Med. » Bologna 1884.

— « Intorno ad un esemplare di capsula soprarrenale accessoria sul corpo pampiniforme di un feto. » Comunicazione. « Atti della R. Accad. delle Scienze di Torino. » Torino 1884.

Del Monte Michele. « L'estrazione lineare modificata della cataratta. » Statistica di 138 operazioni. Con considerazioni relative all'esecuzione dell'atto operativo, un nuovo processo per la incisione della capsula anteriore, e con avvertenze relative alla cura consecutiva. « Movim. Med. Chir. e Ann. d'Ottalm. » Napoli 1884.

Formento Felix. « Cremation, regarded in its Sanitary, Religious, Economical and Sentimental Aspects. » New Orleans 1884.

« Gazzetta del Manicomio della Provincia di Milano in Mombello. » Milano 1884. Maggio, Giugno, Luglio, Agosto.

Giachi Giovanni e *Kavizza Valentino.* « Proposta di modificazione al progetto di nuovi quartieri in piazza d'Armi e piazza Castello. » Dal « Politecnico. » Vol. XXXI, con tav. Milano 1884.

— *Pagliani Luigi* e *Pini Gaetano.* « Ars gaudet succurrere vitae. » —. Progetto di un ospedale policlinico da edificarsi in Roma. Milano 1884.

Grassi Battista e *Ferrario Francesco.* « Per difendersi dal cholera. » Istruzioni popolari. Milano 1884.

« Hygiène (L') pratique. » N. 138 du 14 au 21 septembre 1884 Paris.

« Index Medicus a monthly classified Record of the current medical Literature of the World. » Vol. VI, N. 7, 8. New York. Juli, August, 1884.

Leonardi Pietro. « Cenni sulle sostanze antisettiche e su di una teoria del cholera. » Venezia 1884.

Levi Riccardo. « Contributo alla sintomatologia del grande isterismo. » « Gazz. med. Prov. Ven. » Padova 1884.

— « Appunti clinici sovra il reumatismo articolare acuto, complicato a sintomi eccezionali di *febbre dengue.* » « Gazz. med. It. Prov. Venete », 1884.

— « Un caso di mancanza dell'utero. » Milano 1884.

Lubelski. « De l'alcoolisme en Pologne. » Communication. « Annales médico-psychol. » Paris 1884.

Lussana Filippo. « Fisiologia sperimentale del cervelletto. » « Atti del R. Istituto Veneto di Scienze Lettere ed Arti. » Venezia 1884.

Macari F. « Istituto ostetrico-ginecologico della R. Università di Genova », 1883-84. Accenni. Modena, Vincenzi, 1884, 8.° « Lo Spallanzani. »

Maggi A. « Progetto di Ospedale Baracca per i Comuni rurali per le malattie contagiose », 1884.

Marta G. B. « Il galattocele. » Osservazioni e studj. Venezia 1884.

Morella G. B. « Rendiconto clinico della sezione chirurgica maschile diretta dal dottor Giovanni Mori. » Brescia 1884.

Musatti Cesare. « L'accertamento dei decessi a Venezia e i medici di Circondario. » Venezia 1884. Ateneo Veneto.

« Ospedale italiano in Londra » fondato nell'anno 1884 dal cav. G. B. Ortelli. Statuto e Regolamento. Londra 1884.

Pagliani Louis. « Les oscillations de l'endémie de fièvre typhoïde à Paris en rapport avec la quantité de pluie tombée et les conditions de la canalisation de la ville. » « Archives ital. de Biologie », Tomo IV.

Panum. « Discours à l'inauguration du huitième Congrès international des sciences médicales. » Copenhague, le 10 aout 1884. « Supplément du Nationaltidende. »

Parona Emilio. « Annotazioni chirurgiche — Cheiloplastica a ponte (processo Mazzoni) — Storia clinica ed anatomica di un caso d'ipertrofia mammaria — Storia clinico-anatomica d'un sarcoma del tendine d'Achille. » Torino 1884. « Gazzetta Medica di Torino. »

Parona Ernesto. « Intorno ai varii modi di somministrazione dello joduro di potassio. »

— « Le injezioni ipodermiche di joduro di potassio. » Milano, Vallardi 1884, 8.° « Gazz. degli Ospedali. » N. 52, 54, 68.

Parona Francesco. « Fibro-mioma uterino e cistoma ovarico guariti coll' esportazione. » Nota. Torino 1884. « Gazzetta medica di Torino. »

Patella Vincenzo. « Del nitrito d'amile nel trattamento del periodo dissistolico delle cardiopatie croniche. » Padova 1884. « Gazz. Med. Prov. Venete. »

Peli Giuseppe. « Cefalometria in 670 alienati. » Milano 1884. « Arch. ital. per le malatt. nerv. »

Pini Gaetano. « Intorno ad alcune riforme da attuarsi negli ospedali fate-bene-fratelli di Porta Nuova e di Porta Magenta in Milano. » Relazione al Consiglio Provinciale di Sanità. « Riv. della Benef. Pubbl. e delle Istit. di Previdenza. » Milano 1884.

Raimondi Carlo. « Casuistica criminale di contributo allo studio delle ptomaine. » Genova, Tip. del R. Istituto Sordo-muti. « La Salute, Italia Medica », anno XXIII, N. 11.

— « Dell'acido carbonico diffuso nel sangue allo stato gazoso e combinato agli alcali del siero e delle ematie. » Idem. N. 16.

Rainoldi Rinaldo. « Gastrite acuta, ulcera di stomaco, gastralgia ed irradiazioni isteriche per abuso di acqua antisterica di S. M. Novella. » Storia e considerazioni. « Raccoglitore Medico. » Forlì 1884.

Rampoldi R. « La Clinica Oculistica di Pavia per gli anni scolastici 1882-83 e 1883-84. » Resoconto. Pavia 1884.

— « Materiali da servire allo studio istologico della retina dei mammiferi. » Pavia 1884.

— « Resoconto sommario degli ammalati che furono in cura nel comparto ottalmico dell'Ospitale di S. Matteo in Pavia e nell'annesso ambulatorio durante il biennio 1882-83. » Pavia 1884.

« Record (The London Medical) a monthly Review of the Progress of the Medical Sciences and of Subjects relating to Public Health », ed. 6. Ernest Hart. N. 110, 111. London. August, September, 1884.

Regnoli Lieto. « Di una speciale cura del cholera. » Osservazioni pratiche. Roma 1884.

Rey E. « Preparazione del fermento della fibrina. » « Gazzetta delle Cliniche », 1884.

Rivolta S. « La così detta difterite dei polli e la difterite dell'uomo. » « Giorn. d'Anat. Fis. e Patol. degli animali », 1884.

Romiti G. III. « Nuove osservazioni di processo e canale sopra-condileo omerale nell'uomo. »

IV. « Ancora sul rapporto del germe col tuorlo. »

V. « Osso incisivo nell'uomo. » « Proc. verb. della Soc. Toscana di Sc. Natur. », 1884.

Spinedi Giuseppe. « Monografia medica di Monte San Giovanni Campano. » Torino 1884.

Spitalul. « Revista medicala apare odata pe luna. » Bucuresci. Marzo e Aprile 1884.

Taruffi Cesare. « Storia della Teratologia. » Parte I. Testo, T. III, Fasc. 1.° Bologna 1884.

Testa Baldassare. « Dell'azione terapeutica del bromuro di zinco paragonata a quella del bromuro di potassio e dello zinco. » Studio sperimentale. « Il Morgagni. » Napoli, Aprile 1884.

Testa Baldassare. « Jaborandi e Pilocarpina. » Lezioni raccolte dallo studente Ettore Gagliardi. Torino 1884. « Gazzetta Medica di Torino. »

— « Jequirity. » Lezioni raccolte dallo studente Ettore Gagliardi. « Giorn. di Clinica e Terapia. » Messina 1884.

— « Dell'azione degli stimmi di mais. » Nota preliminare. « Gazz. degli Ospitali. » Milano 1884.

« Ufficio Centrale di Meteorologia. » Rivista meteorico-agraria, 1884, giugno, luglio, agosto, settembre.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del dott. S. FUBINI
professore di fisiologia nella R. Università di Palermo

RIVISTA D'ANATOMIA

dei Professori G. ZOJA ed L. TENCHINI.

Anatomia normale.

Anatomia anomala.

Anatomia topografica.

BIBLIOGRAFIA

VARIETÀ.

RIVISTA DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Verhandlungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin herausgegeben von dem Vorstande des Vereins. Jahrgang III, 1883-1884. (*Atti della Società per la Medicina interna pubblicati dalla Presidenza della Società medesima.* Anno III, 1883-1884). Berlin, Reimer, 1884, 8.° pag. XVI, 310.

1. Werniche — *Caso di monoplegia brachiale.*
2. Schiffer — *Sopra una sostanza tossica nell'urina.*
3. Schiffer — *Devesi nei diabetici raccomandare l'uso del pane di cruschello?*
4. Guttman P. — *Dimostrazione dei bacilli della tubercolosi, in ulceri tubercolari del palato molle.*
5. Lassar — *Atrofia pigmentaria del viso.*
6. Lassar — *Caso di naevus zoster.*
7. Lassar — *Lichen ruber.*
8. Bernhardt — *I metodi di elettrizzazione generale.*
9. Israel — *Pionefrosi. Nefrectomia.*
10. Baer — *Diffusione della tisi nelle carceri.*
11. Croner — *La papajotina nella difterite.*
12. Hiller — *Il bromo nella difterite.*
13. — *Le lesioni renali e la ipertrofia del cuore.*
14. — *Il saturnismo cronico e l'albuminuria.*
15. Levy — *Debolezza cardiaca da difterite.*
16. Lassar — *Prurigine. Urticaria. Pitiriasis rubra. Ulcero sifilitico primario. Escisione.*
17. Leyden — *Caso di sifilide del cuore.*
18. Leyden — *Trattamento chirurgico della gangrena polmonare.*
19. Stadthagen — *Un caso singolare di paralisi post-difterica.*
20. Langgaard — *Preparati di aconitina.*
21. Baginsky — *I microrganismi della foroncòlosi.*
22. Erhardt — *Le malattie febbrili a Roma.*
23. Jastrowitz — *Trombosi della porta.*
24. Liebreich — *Mercurio formio-amidico. — Un nuovo preparato di mercurio.*
25. Hofmann — *Mercurio-formio-amidico.*
26. Ehrlich — *Sangue leucemico.*
27. Kochs — *Peptone di carne.*
28. Lublinski — *I rumori a distanza nei vizii valvolari del cuore.*

Gli articoli che compongono il volume di cui porgiamo qui il sunto, vennero pubblicati separatamente nella *Deutsche Medicinischen Wochenschrift*, nel biennio 1883 1884. La predetta *Società* si compone di oltre 200 membri, tutti residenti in Berlino: i *Corrispondenti* in Germania non più di 8, in Inghilterra 3, in Russia 2, in Italia 2, in America 3, Nessuno in Francia. N'è Presidente d'onore per l'anno 1884 il Frerichs, e Presidente effettivo il Leyden.

I. Wernicke. — Caso di monoplegia brachiale.

Trattasi di una ragazza di 18 anni, poco sviluppata, non ancora menstruata, di aspetto cachettico senza però malattie di qualsiasi organo. Ebbe due anni prima un deliquio e da due anni incominciò a soffrire di cefalea. Il dolore si fissò prevalentemente alla parte sinistra del cranio, continuo con esacerbazioni, ma non la distolse dalle sue occupazioni. Da parecchi mesi si dimostrarono fenomeni di una lesione cerebrale a focolajo con una monoplegia limitata al braccio destro. Lo stato monoplegico fu preceduto da paraestesie, sensazioni di freddo a tutta la metà destra del corpo. Vi fu anche una passeggiera debolezza della gamba destra. I fenomeni dolorifici sono oggi completamente cessati, ed i paralitici limitati esclusivamente al braccio destro.

Questo arto possiede ancora i movimenti grossolani ed è capace di esercitare qualche sforzo muscolare (pressione delle dita). Ma la mano è affatto incapace alle sue funzioni, non gli serve affatto nel vestirsi o svestirsi, i movimenti di questa sono incoordinati, senza scopo. Non

percepisce la grossezza, la forma, la consistenza degli oggetti portati nella mano medesima, ed oltre di ciò manca affatto il senso della posizione della mano stessa alla quale può imprimersi il più diverso atteggiamento senza che la paziente se ne accorga. Viceversa della sensibilità tattile, la dolorifica è affatto uguale nei due arti e nelle due mani ed altrettanto dicasi per la termica.

Wernicke trae argomento da questo caso per dimostrare come non sia completamente accettabile la dottrina di Charcot sulla monoplegia d'origine corticale. In questo caso, che quegli considera quale una monoplegia vera da lesione della corteccia cerebrale, si dimostra infatti la paralisi motrice non affatto scompagnata da quella di senso, e ciò contraddice manifestamente alla opinione di quei fisiologi e clinici i quali pongono fra i caratteri di queste monoplegie corticali la *presenza isolata di fenomeni motori*. Wernicke ammette che nella generalità dei casi queste monoplegie d'origine corticale apportino paralisi di senso e di movimento, poichè i centri della corteccia oltre che motori sono sensitivi, non escludendo con ciò l'evenienza di monoplegie con lesioni isolate di movimento o di sensibilità, quando processi assai circoscritti si localizzino in punti nei quali le vie sensitive si staccano dalle motorie per lesioni del centro ovale.

II. Schiffer. — Sopra una sostanza tossica dell'urina.

Bernard per primo osservò nell'urina degli animali una sostanza di natura alcaloidea che agisce sulle rane paralizzandole. Senator pubblicò un caso di auto-intossicazione da H^2S per assorbimento del gas dall'intestino, decorso con fenomeni di colasso e presenza dell' H^2S medesimo nell'urina. Anche Gauthier segnalò la presenza di un'alcaloide tossico nell'urina normale, del quale ottenne un cloro-aurato e platinato cristallizzati. Nella saliva pure quest'Autore avrebbe trovato identico alcaloide. Nawrocki però non potè confermare questo fatto. Il Bocci finalmente scrisse pure di una azione curarizzante dell'urina normale.

L'Autore ha ricercato la natura della sostanza tossica nell'urina normale dei mammiferi, ed ha eliminato anzitutto i sali potassici ed ammonici mediante acido acetico ed acetato sodico in soluzione alcoolica. Evaporata l'urina, ripreso il residuo con alcool al 96 per 0[0 trattava la soluzione alcoolica coi suddetti reagenti. Liberata la soluzione dai sali potassici ed ammoniacali, evaporato l'alcool, l'azione venefica si palesa negli animali (rane) con fenomeni prima paralitici, poi irritativi, seguiti questi da contrazioni fibrillari, e da contrazioni tonico-cloniche spontanee e riflesse. A dosi forti convulsioni tetaniche e morte. Il cuore è poco influenzato dalla sostanza tossica, sebbene assai rallentato in frequenza. Arrestato che sia, le irritazioni meccaniche valgono a destare contrazioni.

L'irritabilità muscolare è conservata, invece i centri nervosi sono paralizzati. Il midollo si può irritare meccanicamente e con correnti

elettriche senza risultato. I riflessi pure paralizzati. La paralisi dai centri nervosi va mano mano estendendosi alla periferia, non è quindi esatto quanto scrive Bocci, che il veleno dell'urina dei mammiferi abbia un'azione somigliante al curaro.

Il veleno dell'urina è assai attivo. 50 c. c. di urina umana evaporati bastano ad uccidere 3, 4 rane. Ma l'azione non si limita a questi animali, bensì si estende ai mammiferi. Il residuo dell'evaporazione di un litro e mezzo d'urina può uccidere un grosso coniglio. Anche i conigli mostrano fenomeni somiglianti alle rane. La morte può avvenire durante un'accesso tetanico.

L'azione tossica dell'urina dei mammiferi ha quindi della somiglianza con quella della guanidina studiata da Gergens e Baumann. È anzi possibile possa trattarsi dell'azione della guanidina medesima. Schiffer esclude per via di esperienze comparative colla creatinina che possa trattarsi dell'influenza di quest'ultima. L'urina dei lattanti che non ha punto creatinina mantiene la proprietà tossica. Esclude infine possa trattarsi della guanidina medesima, poichè la sostanza tossica non è scomponibile nei modi ben noti per la guanidina.

L'Autore ha tentato la precipitazione della sostanza attiva coi reattivi degli alcaloidi, ma non vi è riuscito. Ha trovato che il veleno dell'urina è solubile nell'acqua, nell'alcool forte, insolubile nell'etere, nel petroleumetere, alcool amilico, cloroformio in soluzione acida ed alcalina.

In quanto alla provenienza di questa sostanza tossica l'Autore pensa alla possibilità che si tratti di una sostanza analoga agli alcaloidi da putrefazione (Ptomaine). Ma questa sostanza non è rassomigliabile in nessun modo, nè chimico, nè fisiologico, agli *alcaloidi* del Brieger ottenuti nella putrefazione stessa.

Schiffer esamina quindi qual parte possa spettare a questa sostanza tossica dell'urina, nei fenomeni uremici. Ricorda le due note teorie di Traube e di Frerichs e la terza della ritenzione di sostanze tossiche nel sangue. L'Autore crede che i fenomeni uremici coincidono assai con quelli prodotti dalla sostanza sopra in discorso. Cioè fenomeni soporosi e comatosi in un primo periodo, seguito da fenomeni irritativi (convulsioni).

Ma per decidere questa questione occorrerebbe un mezzo di dosare (finora non posseduto) della sostanza tossica nell'urina.

Sembra intanto che colla estirpazione di reni questa sostanza permanga nel sangue, però il fatto non è ben dimostrato, *poichè anche il sangue normale ha una sostanza tossica la quale parimenti induce fenomeni comatosi dapprima, indi irritativi, quali crampi e convulsioni tetaniche.*

III. Schiffer. — **Devesi nei diabetici raccomandare l'uso del pane di cruschello?**

Questa questione ha la sua importanza, massime per la città di Ber-

fino dove l'uso di questo pane è assai diffuso, ed è raccomandato non solo dai medici ma assunto volontieri e senza consiglio medico dagli ammalati. Due vie possono seguirsi per esaminare la questione della opportunità dell'uso di questo pane nei diabetici, cioè quella della osservazione clinica e dell'analisi chimica sulla composizione del pane medesimo. L'osservazione clinica è assai incostante nei suoi risultati e meno sicura. Schiffer ha scelto il metodo della ricerca chimica. Una certa quantità di questo pane viene asciugato ai 100° fino a peso costante: indi polverizzato e trattato a caldo col 2 1/2, 3 per 0/0 di H^2SO^4 fino a che tutto l'amido sia convertito in zucchero. La quantità di zucchero viene determinata al polarimetro: 100 parti di pane asciugato danno il 56 per 0/0 di zucchero. Calcolando che il pane non asciugato abbia 2/5 d'acqua in peso, la quantità per cento di amido contenuta nel pane tale quale si mangia sarebbe del 34 per 0/0. Questa cifra è immensamente alta se si pensa che il pane bianco comune avrebbe secondo König in media il 45 per 0/0 di amido.

È chiaro quindi quanto la ricerca chimica conclude sfavorevolmente all'uso di questo pane nei diabetici.

Anche il così detto pane di Bouchardat, pane così detto di glutine, avrebbe secondo le analisi di Schiffer il 24 per 0/0 di amido.

Il pane di mandorle invece (Mandelbrod) ove sia fatto senza aggiunta di farina, contiene poco o punto sostanze amilacee.

Sventuratamente il palato e gli organi digerenti non lo tollerano a lungo. Külz si provò a preparare una farina il di cui uso nei diabetici non arrecasse aumento di zucchero nelle urine. Questo amilaceo sarebbe molto somigliante alla inulina. Ma come è noto le ricerche di Hoppe-Seyler hanno dimostrato che la inulina non è assorbita.

Schiffer perciò crede più opportuna la somministrazione di una piccola quantità di pane ben nota nella sua composizione.

Per ciò che riguarda l'uso del vino, anche qui occorre l'uso d'un vino povero di zucchero il più che sia possibile. La determinazione dello zucchero si fa col metodo polarimetrico. Il Bordeaux puro ha in media 0,50 per 0/0 di zucchero, una quantità quindi piccolissima: nei vini di Bordeaux artificiali se ne trova il 3 per 0/0. Crede preferibile l'uso del cognac con acqua di selters, poichè l'uso del vino anche il più povero di zucchero ne dà le traccie nelle urine.

In quanto alla cura, una recente scoperta scientifica appoggia l'impiego degli alcalini. Infatti il dott. G. Hopper-Seyler ha dimostrato che l'acido *ortonitrofenolpropiolico* quello stesso acido artificialmente ottenuto da Beyer, induce i fenomeni caratteristici del diabete negli animali. Molto meno intensi sono questi coll'uso contemporaneo degli alcalini, e colla dieta vegetale; più grave se la dieta è carnea con uso simultaneo di acidi.

Molti risultati ha dato recentemente il consiglio di far fare ai diabetici un buon esercizio muscolare in luoghi freschi, specialmente nei

casi leggieri. Schiffer trova molto utile il consiglio del cavalcare, e dice di avere avuto eccellenti risultati da questa sorta di esercizio muscolare. In un caso nessun'altro mezzo potè liberare completamente l'urina da zucchero.

IV. Guttman P. — **Dimostrazione dei bacilli della tubercolosi, in ulceri tubercolari del palato molle.**

Colle ricerche di Koch restava implicitamente dimostrato che sia nel tubercolo grigio, come nelle ulceri tubercolari, di qualsiasi organo o tessuto trovansi i bacilli da lui scoperti. Però la dimostrazione di questo fatto per opera di una scelta casistica non è inopportuna. Questa forma di tubercolosi appare secondo Guttmann nell'1 per 0|0 dei casi di tisi. L'Autore vi ha trovato i bacilli non solo nel tessuto che costituiva il fondo dell'ulcera, ma anche nel prodotto di secrezione dell'ulcera medesima.

L'Autore ha osservato che la ulcerazione tubercolare del palato molle avviene generalmente nei periodi inoltrati della tisi, egli lo crede effetto di infezione locale fatta dagli sputi dei tisici.

V. Lassar. — **Atrofia pigmentaria del viso.**

Non è congenita, bensì certamente acquisita, dopo dolori nevralgici sofferti alla mandibola inferiore dove trovavasi un dente cariato. L'atrofia pigmentaria è unilaterale, ed ha le apparenze solite della *vitiligine acquisita*: cioè macchie bianche rotondeggianti, ben circoscritte dalla pelle normale, che risaltano ancora più se collo sfregamento si fa arrossare la pelle normale vicino. La sensibilità e la innervazione vasale sono intatte.

Significantissima è poi la localizzazione della lesione: cioè un distretto ben delineato della seconda branca del trigemino e nel campo del nervo palpebrale e dell'infratrocleare. I peli all'ingresso dell'orifizio nasale, e del labbro superiore, come le ciglia della palpebra inferiore sono bianchi, perfettamente scolorati. L'Autore crede che la sede della lesione nervosa appartenga al tronco medesimo del trigemino.

VI. Lassar. — **Caso di naevus zoster.**

Non è congenito, ma le prime traccie rimontano ai primi mesi della vita. Aumentò di estensione collo sviluppo del corpo, ed ora occupa la situazione ordinaria del zoster dorso addominale cioè dalla regione dorso-lombare sinistra si porta all'innanzi fino alla linea alba. Il diametro trasversale di questo zoster varia da 5 a 12 centimetri, i suoi confini colla pelle sana sono irregolari, la superficie colorita in bruno. Questo neo non è affatto indolente. Nell'inverno si fa sede di ulcerazioni ed erosioni e di dolori vivissimi.

La cura usata è la compressione con collodion salicilato al 2,5 per 0|0. L'effetto è evidente: una diminuzione cioè nelle proporzioni del *naevus*

VII. LASSAR. — **Lichen ruber.**

Presenta tutte le apparenze di una sifilide cutanea. L'Autore si è giovàto assai delle injezioni sottocutanee di liquido del Fowler allungate con acqua secondo la proposta di Köbner. Anche la pomata di Unna (sublimato-acido fenico) vide portare a guarigione un caso di lichen rosso. Le injezioni di pilocarpina giovano assai ad attutire le sensazioni moleste che esso provoca. L'Autore consiglia un metodo di cura misto fatto nel seguente modo.

Al mattino una injezione sottocutanea di pilocarpina, due ore più tardi una frizione locale con pomata al *sublimato* 3 per 0[0 *acido fenico* 2 0[0. Alla sera una injezione di liquido arsenicale nello spessore dei glutei, indi unzione prima di coricarsi colla suddetta pomata.

Coadjuva assai la cura l'esercizio muscolare.

VIII. BERNHARDT. — **I metodi di elettrizzazione generale.**

Da 12 anni per opera degli americani Beard e Rockwell fu introdotta la elettrizzazione generale nel trattamento di alcune malattie. Negli ultimi tre anni molte applicazioni ha trovato quel metodo in Germania, e molto si è scritto intorno a questo argomento. Beard e Rockwel fanno attraversare l'intiero organismo da correnti elettriche, applicando un polo alla pianta dei piedi, ed applicando l'altro in differenti punti del corpo o facendolo trascorrere alla superficie del corpo stesso. I piedi vengono fatti appoggiare su una lastra di rame che rappresenta il polo negativo, mentre l'altro elettrode funziona da polo positivo.

Con questo metodo quegli autori applicano l'elettricità al capo, al viso, al collo, ecc. Questo procedimento, della durata di 25 minuti, andrebbe ripetuto giornalmente od almeno parecchie volte nella settimana. I risultati che gli autori si prefiggono di ottenere possono distinguersi in primarii, secondarii e terziarii.

I primi effetti sarebbero stimolanti, dovuti all'eccitazione di una larga superficie cutanea: onde senso di ristoro e di soddisfazione nei pazienti, e specialmente in quelle persone *nevroastenìche*, le quali non hanno una ben definita malattia del sistema nervoso. Si sentono sollevati dalla faradizzazione generale e dormono meglio. Ma anche in questo primo ordine di effetti la faradizzazione può avere dei risultati secondarii spiacevoli. Bernhardt racconta di individui ai quali anche deboli correnti cagionarono deliquii, fatto però che avviene anche per le faradizzazioni localizzate, non è quindi un fenomeno esclusivo e punto allarmante. In generale poi fra i primi effetti havvi quello della diminuzione nella frequenza del polso.

Il secondo quadro dell'azione manifestasi dopo qualche giorno. È rappresentato da dolori muscolari a vario grado, spesso passeggeri mentre lo stato generale migliora, l'appetito migliorato, vinta la dispepsia nervosa, aumentato il peso del corpo, il sonno tranquillo, i dolori nevral-

gici attutiti, il colorito della pelle e della mucose più florido. Anche lo stato d'impotenza genitale di questi soggetti può essere sensibilmente migliorato.

Oltre alla faradizzazione generale gli autori americani introdussero la galvanizzazione. Ma l'azione della galvanizzazione è più difficile a regolarsi e può avere degli effetti spiacevoli massime se applicata al capo.

Löwenfeld e Fischer in Germania applicarono questi metodi in persone sofferenti di debolezza, polluzioni, dispepsia nervosa, pesantezza di capo ed offrenti in generale i fenomeni vaghi della nevro-astenia. Gli autori associarono alla faradizzazione generale l'impiego dei bagni freddi.

Stein, di Francoforte, ha semplificato la metodica della faradizzazione generale, applicando un'elettrode fino alla nuca e portando l'altro fatto di un cilindro mobile in relazione alla corrente indotta sui diversi punti della superficie cutanea, in modo da eseguire una certa pressione alla superficie stessa *un vero massaggio elettrico.*

In tal modo Stein scrive di aver visto migliorare stitichezze croniche, e lenti affezioni gastriche.

Bernhardt vuole giustamente data la parte spettante in questi risultati all'*influenza psichica.* Molti di questi individui da lungo tempo sofferenti i più indefiniti fenomeni, si sollevano dal maggiore incubo della loro sofferenze all'udire che essi non hanno nessuna malattia organica, nessuna lesione grave, anzi assicurandoli della loro prossima guarigione.

Il metodo della elettrizzazione generale può utilmente impiegarsi a mezzo del bagno elettrico.

Questi bagni elettrici vennero usati nel 1880 da Costantino Paul ed Ishewscky. Il primo ne ebbe risultati nel tremore alcoolico e nel mercurialismo tremolo, ed in ammalati di paralisis agitans. Il secondo ne vide effetti benefici nelle anemie e nelle neurosi in genere.

Eulenburg ha dimostrato che nelle rane può indursi il tetano nel bagno elettrico. L'aumento di eccitabilità dà quindi luogo ad un periodo di depressione nella medesima. Egli ha trovato nell'uomo diminuzione nella frequenza del polso e della sensibilità faradica alla cute. Anche colla galvanizzazione generale fatta a mezzo dei bagni generali vide diminuita la frequenza del polso e la temp. abbassata di 0,5 C. Punto influenzata la respirazione, la sensibilità farado-cutanea diminuita se il polo catode trovasi nell'acqua, viceversa se l'anode è in comunicazione col liquido. Lo stesso fatto si verifica per la sensibilità tattile.

Eulenburg ammette che in conseguenza dell'azione di questi bagni elettrici sia per mezzo della irritazione cutanea, sia influenzando la circolazione, la sensibilità cutanea, l'eccitabilità riflessa, molti pazienti ne risentono un vantaggio reale e specialmente gli individui anemici e neuro-astenici, gli ammalati di morbus Basedowi e le isteriche.

Bernhardt, vide effetti della faradizzazione generale in individui i quali avevano lungamente e senza esito frequentato stabilimenti balneari, fatte cure idropatiche, ecc. L'Autore crede che questo metodo usato colle opportune cautele riesca sempre per lo meno innocente. Raccomanda la sorveglianza medica nell'atto della faradizzazione generale che non devesi lasciar fare a persone non competenti.

IX. Israel. — **Pionefrosi. Nefrectomia.**

Una giovane di 21 anni, soffrì 6 mesi prima di dolori e di senso di peso alla regione lombare. L'urina si fece torbida. Fu diagnosticato un tumore renale. Da poco tempo la paziente si fa febbricitante, ha dolori forti, insonnia e l'urina ricca di sedimento in gran parte costituito da pus. Leiden diagnosticò una pio-idronefrosi da calcolosi del rene. Intervennero poi fenomeni di perinefrite suppurata edema alla regione lombare, e la paziente fu operata in queste condizioni.

L'Autore ha operato col metodo di Simon. Trovò un'enorme raccolta di pus (1 litro e 1|2) al dintorno del rene. Riuscì dopo l'uscita del pus ad enucleare colle dita il rene.

La diagnosi era esatta. Nessuna dilatazione dei bacinetti e della pelvi renale ed a questa mancanza l'Autore riferisce il difetto di fluttuazione del tumore addominale. La sostanza renale era quasi interamente distrutta. L'operazione durò un'ora ed 1|4 ed i leggeri fenomeni consecutivi di colasso furono superati colla somministrazione di Champagne. Riguardo alla normalità completa dell'altro rene ne assicura una analisi d'urina fatta da Salkowscki. Egli trovò 17 gr. 1|2 d'urea nelle 24 ore, quantità sufficiente relativamente ad un soggetto dimagrato e da lungo tempo sofferente.

Leyden aggiunge qualche dato intorno alla diagnosi. Egli ha discussa nel caso concreto la possibilità di una tubercolosi renale, specialmente perchè la paziente appartiene ad una famiglia di tisici. L'esame dell'urina non dimostrò presenza di bacilli, bensì restò assicurato che il sedimento constava di solo pus. Perciò la presenza del tumore renale non potè esser riferita che a calcolosi.

X. Baer. — **Diffusione della tisi nelle carceri.**

Lo stato di prigionia agisce in modo evidente sulla salute, la mortalità nelle prigioni e nelle case di pena è veramente enorme.

Nelle case di pena in Prussia negli anni 1878, 1879, 1880, 1881 la mortalità raggiunse il 30,6 per 1000, mentre la mortalità pubblica, compresa quella dei fanciulli e dei vecchi, fu del 25,5 per 1000.

In un'epoca non lontana il tifo, il vajuolo, lo scorbuto, e la dissenteria decimavano i prigionieri. Ora invece le infezioni croniche e specialmente la tisi sono le cause comuni di mortalità nelle carceri. La mortalità per tisi raggiunge l'enorme proporzione del 50 per 0|0 fra le cause di decesso nelle carceri. In molti di questi casi può dimostrarsi

certamente ereditaria, ma nel maggior numero è acquisita. E le ragioni di questo fatto non possono rimanere una incognita dopo la scoperta del Koch; e dopo che restò dimostrato che i bacilli emessi per gli sputi possono col disseccamento di questi entrare in seno dell' aria atmosferica ed essere così respirati col pulviscolo, ed in tal guisa propagare la tisi. (Tappeiner). E notisi che appunto nelle carceri, trovansi le condizioni migliori per lo sviluppo di malattie croniche d'infezione. Infatti il marasmo lento che incontrano quegli sventurati, le malattie catarrali delle vie respiratorie, l' accumulo di persone in luoghi chiusi ecco altrettante condizioni delle quali ciascuna per suo conto vale alla propagazione della tisi. Abbiamo delle carceri in Prussia nelle quali sulla mortalità totale vi hanno il 60, 90 per 0[0 di tisi. Ed un'altra via di diffusione noi l'abbiamo cogli indumenti i quali si passano dal prigioniero ammalato al sano senza sufficienti disinfezioni.

La profilassi di questa mortalità che ha raggiunto sì allarmanti proporzioni, trovasi naturalmente nella sola disinfezione e nella separazione dei sani dagli ammalati.

XI. Croner. — **La papajotina nella difterite.**

Un ragazzo di 8 anni, robusto, ammala con febbre alta e presto compajono alle due tonsille essudati bianco-grigiastri che diffondonsi rapidamente al velopendolo, all' ugola, alla parete anteriore della faringe. Dopo 24 ore infiltrazione delle ghiandole superficiali e medie del collo, temp. + 40° al mattino. Allontanate le membrane queste ricompajono in poche ore i fenomeni peggiorano sempre più sia localmente, che in generale. Temp. 40°,5 nella 4.ª giornata; abbattimento generale, polso piccolo frequente, l' infiltrazione ghiandolare aumentata, tutta la faringe ricoperta da dense pseudo-membrane, un fetore orribile dalla bocca. Urina normale.

I gargarismi di acqua di calce, e le pennellature con una soluzione di percloruro di ferro non avevano prodotto nessun effetto.

Allora si prescrissero delle pennellature con una soluzione di papajotina al 4 per 0[0 fatte ogni ora, finchè le membrane ne fossero state macerate. Ciò si fece dalle 9 antimeridiane ed alle 2 pom. vide Croner con grande soddisfazione che le membrane erano generalmente distaccate ed alla sera completamente scomparse, la mucosa d' un bel rosso vivo sanguinante e le ulcerazioni di buon aspetto. La temperatura era discesa a 38°,9. Il mattino seguente la temperatura era 37,8 nessuna membrana erasi formata, le ghiandole evidentemente diminuite in volume, le condizioni generali migliorate, insomma il paziente poteva dirsi convalescente.

Croner sottopone al giudizio della Società questo caso che egli crede interessante a provare l' azione locale della papajotina sulle pseudomembrane, la sua azione secondaria generale e ne raccomanda l'uso.

Discussione.

Berckoltz. Ha curato recentemente un caso di difterite colla papajotina e con una soluzione al 10 per 0|0. Essa non provocò nessun miglioramento, per cui è disposto ad ammettere nel caso di Croner una crisi spontanea.

Leyden. Chi fece le pennellazioni?

Berckoltz. Prima la cameriera, poi la madre. Il ragazzo fu eccellentemente trattato, le pennellature ben fatte: era docile.

Wernicke. Ma il ragazzo morì?

Berckoltz. No. Ma io ricordai la mia osservazione solo per affermare che non sempre le pseudomembrane sono sciolte dalla papajotina.

Flotow. Io posso con una osservazione mia confermare i fatti esposti da Croner. Era una ragazza di 22 anni. Tutta la faringe era invasa, le condizioni generali assai gravi. Per mezzo della papajotina quel caso decorse assai bene, e dopo 3 giorni non vi erano traccie di membrane. La ragazza entrò presto in convalescenza. Usai lo soluzione al 5 per 0|0.

Fräntzel. Dopo la raccomandazioni di Kots e di Rossbach impiegai la papajotina. D'allora non perdetti un'ammalato per difterite, e notisi fra i molti casi, due erano gravissimi. È molto difficile in terapeutica poter dare dei giudizii definitivi; tuttavia posso assicurare che nei due casi gravi nei quali ne vidi buon effetto, certamente vi fu buona influenza da parte della sostanza. La temperatura raggiungeva i 41°, la tumefazione ghiandolare enorme. Ho osservato la scomparsa delle pseudomembrane dopo 1|2 ora. Tutti i casi osservati guarirono.

Ewald. Per puro interesse storico mi preme di far osservare che il Rossbach stesso nel Congresso di Wiesbaden parlando della papajotina si mostrò assai perplesso sui risultati definitivi. Egli ne vide effetti veramente eclatanti, ma accanto a quelli dei risultati negativi. Convengo però che la papajotina deve ormai essere tentata in tutti i casi di difterite.

Leyden. In Berlino fui il primo ad impiegare la papajotina.

Il primo caso ebbe esito letale. Era il bambino d'un cognato mio nel quale il decesso fu rapidissimo, quantunque i fenomeni febbrili assai miti, nè mai la febbre superasse i 40°. Posso assicurare che rimasi sorpreso osservando dopo 8 pennellazioni fatte in 4 ore la completa scomparsa delle pseudo-membrane. Nè queste riapparvero. L'azione quindi della sostanza sugli essudati non pare possa porsi in dubbio. La papajotina scioglie le pseudo-membrane fibrinose, ma fin dove questo effetto possa modificare il decorso della malattia non è ben constatato.

Secondo Croner questa influenza benefica sul decorso della difterite sarebbe stata constatata nel suo caso. Nel caso mio invece certo l'infezione generale non fu influenzata.

Ecco quindi il problema interessantissimo di vedere cioè fino a quali

limiti può l'influenza locale della papajotina, il distacco delle pseudo-membrane, la disinfezione della faringe, giovare alle condizioni generali dei pazienti.

In due casi nei quali la gravezza dei fenomeni non raggiunse il grado del primo vidi buoni effetti dalla papajotina.

Ma ad altri due mezzi recentemente proposti noi dobbiamo portare attenzione, e ricercarne il loro valore nella pratica, e cioè all'azione disinfettante del bromo proposto da Hiller ed a quello della trementina proposta da Bosse. Tanto l'uno che l'altro collega ne ebbero dei risultati eccellenti.

XII. Hiller. — **Il bromo nella difterite.**

Il bromo fu preconizzato 50 anni sono nella difterite. Dove trovò maggiore impiego fu in Praga per opera di Schütz. Gottwald nel 1871-73 lo introdusse nella cura della difterite all'ospedale della Carità in Berlino. Io ebbi occasione di conoscerne d'allora il valore, non solo nella difterite, ma nella febbre puerperale con fenomeni difterici, i risultati furono così favorevoli che non lo abbandonai mai più. L'impiego del bromo si fa nel seguente modo. Cioè si prepara una soluzione di 0,40 di bromuro di potassio in 200 c. c. d'acqua e vi si aggiunge 0,40 di bromo puro. Può adoperarsi per inalazioni e per pennellazioni. L'inalazione si fa nel modo più semplice introducendo una spugna imbevuta nella soluzione in un vaso cilindrico e può convenientemente adottarsi quel cilindro di vetro cha hanno gli inalatori, indi la parte più sottile del tubo di vetro viene introdotta nella bocca e si invita il paziente a respirare. In questo modo si evita l'azione dei vapori di bromo sulla mucosa nasale. Per evitare l'azione dei vapori di bromo sulla congiuntiva è preferibile un tubo cilindrico lungo 15, 20 centimetri.

Le pennellature si fanno con soluzioni al 0,50-1 per 0|0. Le inalazioni si fanno ogni quarto d'ora, le pennellazioni ogni 1|2 ora ed anche più di rado appena se ne abbia il risultato desiderato.

Il risultato terapeutico è in istretta dipendenza all'insistenza ed alla esattezza dell'impiego di questa medicazione.

La superficie pseudo-membranosa si pulisce rapidamente ed in 24 ore possono già osservarsi le ulcerazioni nette granuleggianti. Rinnovandosi le pseudo-membrane ciò è per poco, insistendo nella cura.

In quanto all'infezione generale, questa è un'altra questione. Se paragoniamo le statistiche dei decessi all'ospedale della Carità per difterite prima e dopo l'introduzione della cura del bromo, c'è da rimanerne però confortati. Anche i risultati di Schülze non sono meno considerevoli. Le azioni secondarie irritanti del bromo sulle congiuntive, e sulla mucosa respiratoria hanno allontanati molti medici dall'impiego del bromo, pure usando le dovute cautele nelle inalazioni quelle irritazioni possono evitarsi. I fanciulli si abituino a queste inalazioni. In quanto al valore antisettico del bromo lasciamolo dire alle cifre di Buchholtz che

in un grado di concentrazione uguale a 3 : 10,000 impediva lo sviluppo degli schizomiceti.

Discussione.

Steinauer. Ha potuto lodarsi delle inalazioni di soluzioni di bromuro potassico e bromo puro. Crede che l'aumento di secrezione della mucosa prodotta dal bromo, sia causa efficiente del distacco delle membrane. Però egli ammette un'influenza secondaria piuttosto grave delle inalazioni di bromo, e sarebbe data da una laringite o laringo-tracheite per irritazione, la quale si fa facilmente cruposa. Così non può Steinauer affermare che l'azione locale disinfettante dia luogo a miglioramento nell'infezione generale. Egli non crede ad un'avvenire terapeutico da parte del bromo nella difterite.

Rabow. Racconta di un' individuo di 30 anni, degente alla clinica di Strassburg il quale, ammalato di difterite, fu sottoposto alle inalazioni di bromo. Per errore egli bevette una soluzione di 1 grammo di bromo ed 1 grammo bromuro potassio in 100 c. c. d'acqua. Nessun fenomeno generale anzi dopo 2, 3 giorni il paziente guarito fu dimesso.

Wernich. Le azioni secondarie del bromo delle quali ha parlato Steinauer sono evitabili col mezzo di un semplice apparecchio usato dal Wernich in una recente epidemia. Il bromo ha la proprietà di attraversare i vasi porosi, e può una corrente di bromo essere portata direttamente a mezzo di una cannula di vetro a punta sulle parti che vogliansi disinfettare, evitando con ciò ogni influenza sulle mucose vicine.

Fraentzel. Ebbe occasione in queste due ultime settimane di usare la papajotina in un caso di difterite. Trattavasi di un ragazzo di 6 anni nel quale i fenomeni insorsero con molta gravezza sia localmente alla faringe come generalmente per febbre a 40. Polsi piccoli ed irregolari (132), tumefazione forte delle ghiandole del collo. Le membrane furono rapidamente sciolte dalla soluzione di papajotina, lo stato generale migliorò rapidamente, insomma senza essere una vera panacea per tutti i casi di difterite, la papajotina deve essere provata in ogni caso.

Ewald. La papajotina agisce come un fermento che in soluzioni alcaline o neutre scioglie i tessuti animali coi quali è messa in contatto. Ma il suo prezzo è altissimo: non sarebbe quindi sconveniente tentare di ottenere quell'effetto con altri fermenti, per esempio, col pancreatico. La pepsina non può usufruirsi agendo essa sola in soluzioni acide. È possibile che una soluzione glicerica di pancreatina agisca nello stesso modo della papajotina, e con ciò si avrebbe il vantaggio del poco costo della medicatura.

Fraenetzel. Il prezzo della papajotina è diminuito da 10 marchi al grammo sino a 5 marchi al grammo (uguali a lire 6. 25).

Leyden. Riassumendo la discussione fa notare rimanere accertato che la papajotina non agisce in ogni caso. Che ciò devesi alla qualità del preparato, avendo già Rossbach notato questo fatto dell' azione più o meno intensa della papajotina commerciale. Crede intanto necessarie

altre osservazioni specialmente tendenti a stabilire fino a quali limiti il processo generale è influenzato dal miglioramento portato nelle condizioni locali della faringe.

XIII. — **Le lesioni renali e la ipertrofia del cuore.** (Discussione nella seduta 21 maggio 1883).

Lewinscki. Nel 1880 ebbi occasione di pubblicare i risultati di alcune esperienze intorno ai rapporti fra lesioni renali e la ipertrofia del cuore. Dalla legatura o compressione delle arterie renali nei cani ottenni in buon numero di casi la ipertrofia del ventricolo sinistro. Il reperto degli animali venne fatto dal prof. Schütz cosicchè sul valore dei risultati ottenuti non posso accettare nessun dubbio. Eppure intorno ad essi si sono addensate da parecchio tempo molte opinioni contrarie, specialmente quelle di Friedlander, e Zander. Il nucleo dell'opposizione si esprime sulle mie esperienze in modo dubitativo massime perchè nei protocolli pubblicati mancano i dettagli sui rapporti di grosseza e di peso del muscolo cardiaco.

Ma agli oppositori dovrebbero essere nóti i tentativi di Schütz per stabilire i rapporti di peso fra il cuore dei cani ed il peso totale del corpo, rapporti sempre trovati incerti e fluttuanti fra una quantità di condizioni. Ecco perchè era affatto inutile esporre dei dettagli di peso, mentre i limiti di oscillazioni normali del peso del cuore degli animali (cani) non potevano esattamente conoscersi. Un'altro errore è quello di credere che nelle mie esperienze volesse provocarsi l'atrofia renale (Zander, Friedlander) poichè io non volli che determinare la occlusione delle arterie o la diminuzione di irrorazione sanguigna nel rene, all'oggetto di verificare il valore della teoria di Traube.

Bezold e gli allievi di Ludwig sperimentarono col manometro il valore della dottrina del Traube, e ne conclusero che non è esatta. La pressione vascolare generale non aumenta punto colla occlusione delle arterie renali.

Ad onta di ciò molti nostri clinici non abbandonarono la dottrina di Traube, anzi era lecito supporre che la lenta soppressione del circolo renale potesse indurre degli effetti ben diversi dalla occlusione rapida delle arterie renali medesime. Ecco perchè io provai a mantenere in vita il maggior tempo che mi riusciva gli animali (cani) ai quali praticavo delle occlusioni incomplete delle arterie renali.

I reni degenerano in conseguenza di ciò ed atrofizzano.

La pressione sanguigna non dimostra al momento variazioni apprezzabili, onde io ne inferivo che la ipertrofia del cuore non ha relazioni colla soppressione o colla diminuzione della circolazione renale, bensì colla atrofia consecutiva che va a stabilirsi nei reni. Anzi dimostravo che l'ipertrofia del cuore è proporzionale al grado d'atrofia renale.

Ma si è obbiettato ai miei risultati che il tempo passato dalla occlusione incompleta delle arterie renali al reperto dell'ipertrofia car-

diaca sarebbe stato troppo breve, ed a ciò rispondano le stesse esperienze di Friedlaender e Riegel i quali dopo 12-15 giorni dalla occlusione delle arterie renali osservarono una ipertrofia leggera del cuore. Ed oltre a ciò si è anche detto *che i disordini di circolazione in un rene soltanto sono insufficienti alla produzione di alterazioni nutritive nel muscolo cardiaco* (Cohnheim). Contro questa sentenza parlano numerosi i casi e le osservazioni nell'uomo. (Gustavo Simon, Meschede, Grawitz, Israel, Strauss). Nè nelle mie esperienze parlasi sempre di una stenosi unilaterale dell'arteria renale, bensì spesso di stenosi bilaterale. Confermando quindi oggi quei risultati, ammetto che disordini circolatorii quali avvengono colla stenosi sperimentale di ambedue le arterie renali apportano ad aumento di pressione nell'aorta, ed ipertrofia del cuore. Resto soltanto perplesso intorno al meccanismo di produzione di questa conseguenza, cioè se puramente meccanica secondo la teoria Traubiana, o d'altra natura, per esempio legata al fatto della ritenzione dei componenti dell'urina nel sangue.

Ewald. Non può accettare una teoria puramente meccanica dell'ipertrofia cardiaca dopo stenosi delle arterie renali. Egli sospetta una altra serie di irritazioni sulla sostanza muscolare del cuore poichè numerosi esempi patologici di soppressione di circolazione in estesi distretti vascolari decorrendo senza ipertrofia cardiaca, dimostrano l'insufficienza della teoria meccanica.

Litten. Deplora di trovarsi nella penosa situazione di dover insistere nella sua opinione affatto contraria a quella del Lewinscki. Infatti gli esperimenti del Litten non lo autorizzano a trarre conseguenza alcuna.

L'autorità del prof. Schütz non elimina quegli errori così facili nella interpretazione di una ipertrofia leggera del cuore. Ed ammessi anche i risultati di Lewinscki non ci sentiamo autorizzati ad accogliere per spiegarli, la teoria meccanica. Un solo fatto può dimostrare la giustezza di questa teoria: l'aumento cioè della pressione arteriosa consecutiva alla stenosi artificiale dei vasi renali, fatto che non riuscì a nessuno di dimostrare.

Lewinscki. Osserva che le esperienze di Litten furono fatte sui conigli, ripete quindi la preghiera che egli voglia rifarle sui cani.

Guttmann. A proposito delle ipertrofie del cuore nelle malattie renali l'Autore comunica le osservazioni sue intorno alla ipertrofia cardiaca nella nefrite scarlattinosa. Egli può confermare in generale il reperto di Friedlaender sulla costanza di questa concomitanza morbosa.

L'Autore ammette un rapporto intimo causale fra la nefrite scarlattinosa e l'ipertrofia del cuore. Non crede però con Ewald che la causa di questa ipertrofia cardiaca appartenga a condizioni tipiche od infettive del sangue, poichè in generale nelle malattie infettive si hanno piuttosto nodi miocarditici che aumenti di spessore delle carni del cuore. Crede che la sola nefrite scarlattinosa sia la causa della ipertrofia cardiaca, poichè nella scarlattina senza nefrite manca il fenomeno della ipertrofia cardiaca.

Ritiene complesse le condizioni che inducono questa ipertrofia e principalmente l'aumento della pressione vascolare, la ritenzione d'acqua. Riguardo alla causa della morte nelle nefriti in generale e nella scarlattinosa in ispecie, non crede che l'ipertrofia sia causa di colasso rapido del cuore.

XIV. — Il saturnismo cronico e l'albuminuria.

Lublinscki. L'Autore ha avuto occasione di osservare 120 casi di colica saturnina. Osservò in 20 casi l'albuminuria, talora leggera, talora abbondante. Nel sedimento si osservavano spesso numerosi epitelii: ordinariamente l'albuminuria scomparve colla fine dell'accesso.

Molto interessante è il fenomeno della recidiva negli accessi di colica anche in persone che abbandonano totalmente le condizioni nella quali si fece strada nel loro organismo la intossicazione.

Stokes pensò alla intossicazione per mezzo degli abiti, il che sembra poco probabile. Invece è più razionale l'ammettere che il piombo si accumuli in dati punti dell'economia d'onde riassorbito possa circolare e non sufficientemente eliminato possa bastare a determinare irritazione dei gangli intestinali (Harnack). E ciò avverrà fino a che il piombo sia completamente eliminato dall'organismo.

La paralisi saturnina è la forma, che dopo la colica, incontrasi più frequente nell'intossicazione da piombo. La osservò l'Autore 60 volte e sempre alle estremità superiori. Ordinariamente avviene in individui che soffrivano già di colica.

I muscoli colpiti al solito gli estensori delle dita delle mani (eccetto naturalmente il supinatore lungo) in due casi anche il deltoide era paralizzato Frequentemente le due estremità superiori erano colpite simultaneamente, difficilmente però nello stesso grado.

Riguardo alla natura di questa paralisi, ricorda l'Autore la probabile sua natura nevro-miopatica (Westphal, Leyden) anzichè midollare. (Oeller).

La terza forma dell'intossicazione da piombo l'*artralgia saturnina*, è più rara della paralisi. L'ha osservata 25 volte agli arti inferiori, e più spesso al ginocchio. L'Autore crede con Heubel si tratti di una irritazione prodotta dal piombo. Ordinariamente le artralgie precedono o seguono la paralisi.

Crede l'Autore col Lancereaux, Gombault ed altri, che si tratti nel maggior numero di questi casi di fenomeni uremici, in rapporto alla nefrite cronica saturnina.

Il decorso del saturnismo non è sempre estremamente lento. Gli accessi di colica possono ripetersi con una certa frequenza, indi intervenire una dispepsia grave ostinatissima, della quale ci diedero le ragioni anatomiche Kussmaul e Meyer, poi il marasmo, gli edemi, e si muore colle complicazioni della tisi polmonare, o delle pleuriti, o di nefrite.

L' Autore ha osservato due casi tipici di nefrite saturnina cronica con atrofia renale. Vi furono sempre precedenze di coliche, di paralisi saturnina, di anemia, di edemi. Presto apparvero i segni dell' ipertrofia del ventricolo sinistro. Urina con albumina, cellule epiteliali, globuli bianchi, cilindri granulosi.

Molto importante è la coincidenza dei fenomeni gottosi con quelli del saturnismo. Groud riferisce quei fenomeni a ritenzione di acido urico, conseguenza delle lesioni renali, ma questi fenomeni avvengono in persone ed in regioni nelle quali frequente è la gotta. Sembra quindi si tratti di concomitanze morbose, anzichè di effetti legati ad una sola causa di saturnismo.

Secondo alcuni le lesioni renali sarebbero direttamente provocate dal fissarsi del piombo sui reni. Ciò non confermano le indagini fatte sui reni ricercandovi il piombo. Heubel trovò minima quantità di piombo nei reni in confronto di quelle che trovansi nei centri nervosi. Leyden non ne trovò punto. Molto più soddisfacente è la dottrina di Leyden che l'atrofia renale sia consecutiva a lesioni dei vasi. Rosenstirn trovò infatti che i sali di piombo restringono per un certo tempo il lume dei vasi, onde disordini nutritivi nel tessuto.

XV. Levy. — **Debolezza cardiaca da difterite.**

L'osservazione che taluni casi di difterite non trovano la guarigione completa colla cicatrizzazione delle ulceri faringee, che anzi i fenomeni della malattia possono manifestarsi anche quando ogni sintoma locale sia scomparso, è antica assai nella medicina e rimonta all'epoca stessa in cui la difterite fu riconosciuta come una particolare entità morbosa.

Sembra all' Autore non si conoscano a sufficienza tutti i fatti tardivi di questa infezione, nè vi si accordi quella grande importanza che essi meritano. Così l' Autore riferisce anzitutto di un caso nel quale dopo 5 settimane dalla completa guarigione apparente dell' infezione, il piccolo paziente fu preso da debolezza, dispnea, irregolarità ed estrema piccolezza dei polsi, deliquii, fenomeni tutti ascrivibili ad una debolezza funzionale del cuore, la quale in taluni casi può uccidere senza lasciare alterazioni anatomiche macroscopiche nel muscolo cardiaco.

Era un ragazzo di 13 anni il quale 5 anni prima aveva già superato una difterite grave. Alla fine del gennajo di quest'anno ammalò di febbre continua ed alta per quattro giorni (intorno a 40°) con manifestazioni difteriche alle fauci, tumefazione delle ghiandole del collo.

Dopo 8 giorni comparvero paresi di accomodazione, paraectesie nelle dita. Guarì perfettamente, ma quattro settimane dopo il paziente nel lavarsi fu preso da deliquio, dispnea, sudori freddi, non però perdita di coscienza poichè il paziente avvertì tutto quanto si fece attorno a lui.

Il polso assai frequente (120), piccolo, irregolarissimo. Una serie di rapidissimi movimenti cardiaci seguita da una serie di rapidissime pulsazioni.

In taluni momenti non sentivasi affatto l'urto del cuore, nè percepivasi il polso. Questi deliquii si ripetono 4-5 volte al giorno per 14 giorni, e durano 5-6 minuti.

Negli intervalli il ragazzo è debole, sfinito, ha a quando a quando cardiopalmo. Scomparvero per 3 settimane gli accessi suddetti poi ricomparvero. Ora è già il quarto mese che il ragazzo soffre di questo complesso di fenomeni che noi attribuiamo a debolezza del cuore.

Nulla di obbiettivo al cuore. Nessuna dilatazione, nessun rumore. Il polso sempre piccolo, sottile, filiforme, Il ragazzo è pallido assai. L'apparato digerente funziona bene.

La cura fu tonica e ricostituente. La prognosi tuttora riservata.

Leyden trovava in taluni casi di questa debolezza cardiaca post-difterica una miocardite vera.

Non si può però escludere totalmente in questo complesso fenomenico l'influenza del sistema nervoso. Anzi Meyer dimostrò in un caso alterazioni caratteristiche micotiche dei tronchi del vago, in un individuo che clinicamente aveva anche dimostrato singhiozzo e vomiti.

Leyden. Ne vide parecchi casi. Crede si tratti sempre di una vera miocardite difterica. Il fenomeno che la segnala sono i deliquii accompagnati da una estrema debolezza ed irregolarità dei movimenti del cuore. Nei casi osservati all'autopsia i nervi cardiaci erano intatti.

Anche in altre malattie infettive osservansi identici fenomeni cardiaci, per esempio, nel reumatismo articolare nel tifo, anche negli stati di convalescenza inoltrata. Il prof. Balz, di Tokio (Giappone) scriveva al Leyden stesso, di una malattia detta localmente « Kakke » ritenuta dal Balz una nevrite multipla. Anche questa decorre con fenomeni cardiaci di debolezza e di esaurimento.

I preparati osservati da Leyden gli dimostrarono che i muscoli de cuore hanno le medesime alterazioni come nella difterite, che i muscoli presentano dei piccoli numerosi nodi di un processo interstiziale con molti nuclei. Non si riscontrano micrococchi. Le alterazioni cardiache della malattia detta Kakke nel Giappone sono identiche a quella della difterite. Essa ha molte analogie sintomatiche colla così detta nevrite multipla.

XVI. LASSAR. — **Prurigine. Urticaria. Pitiriasis rubra. Ulcero sifilitico primario. Escisione.**

1.° La guaribilità della prurigine tanto controversa, dipende indirettamente dalla circostanza che molto frequentemente essa incontrasi nei bambini, raramente negli adulti. Negli adulti la curabilità e guaribilità della prurigine risulterebbe anche dal seguente caso nel quale l' infiltrazione pruriginosa aveva dato luogo ad ispessimento della cute, a tumefazioni ghiandolari, ad intenso ed esteso eczema da irritazione. E questi eczemi assumono la parte culminante del processo cutaneo, ed offrono le maggiori difficoltà alla terapia.

In generale in questo stato si ottengono buoni risultati dai diaforetici, dai bagni protratti di catrame, e dalle frizioni con vaselina ed acido salicilico.

2.° Un uomo di 40 anni, che non aveva mai sofferto di malattie cutanee, fece uso di una soluzione di ergotina per frenare una epistassi ed in seguito a ciò si diffuse sulla pelle una eruzione coi caratteri dell'urticaria pemfigoide. L'uso dei derivativi intestinali e del salicilato di soda fu pienamente efficace.

3.° Un paziente di *pitiriasis rubra* usati inutilmente molti altri mezzi, trovò reale miglioramento da un pomata di vaselina salicilica. L'uso della suddetta pomata è raccomandabile anche nella *ictiosi*.

4.° Un uomo di 26 anni, per coito impuro presentò un ulcero sifilitico al prepuzio. Fu operata la ablazione dell'ulcero e dell'induramento circostante colle forbici. Dopo due settimane si ebbe riproduzione locale dell'ulcero. Anche questa volta fu asportata. Non ebbe d'allora alcun fenomeno (1 anno). Da pochi giorni presentò un piccolo condiloma acuminato; anche questo venne tolto. Ma la soluzione di continuo, quantunque trattata con jodoformio si fece ulcerosa, si indurì il suo fondo, le ghiandole inguinali ingrossavano ed indurivano. Si tratta qui di una reinfezione sifilitica, ovvero potè l'infezione d'un anno fa rimanere latente sino ad oggi? Nelle condizioni attuali delle scienza, Lassar non trova argomenti sufficienti per decidere.

XVII. Leyden. — **Caso di sifilide del cuore.**

È il cuore di una persona di sesso femminile, di anni 38, di professione cucitrice. È rimarchevole nel medesimo la sottigliezza delle pareti.

Il cuore complessivamente è piccolo, sottile, flacido, il ventricolo sinistro specialmente, ridotto nelle sue pareti ad estrema esilità. Nelle pareti delle cavità del cuore osservansi delle nodosità, dei veri tumoretti, tre dei quali hanno il volume di una noce avellana; sono vere gomme, le quali posseggono nel loro interno una sostanza gialla caseosa.

Al dintorno delle gomme il tessuto è compatto, bianco (connettivo cicatriziale). Le valvole perfettamente sane. Nessuna malattia delle coronarie.

I fenomeni clinici furono rappresentati principalmente dalla debolezza estrema del cuore, da accessi stenocardici, da fenomeni di angina pectoris, ed infine da idrope generale.

Fu fatta diagnosi di affezione sifilitica del cuore, poichè offriva la paziente fenomeni evidenti di sifilide, e specialmente una arterio-sclerosi generale. Negli ultimi tempi della sua vita aveva un aspetto pallido con cianosi, l'edema specialmente intenso agli arti inferiori, ascite, polso piccolo, molle, a 110, 100. Punto fenomeni polmonari. Urto del cuore alquanto all'infuori della linea papillare, nel 5.° spazio. Area cardiaca aumentata tanto a destra che a sinistra. Impulso sistolico debole

Agli occhi nulla di rimarchevole. Pupille normali.

Molto importanti sono le alterazioni della parola. Questa è lenta monotona. Persiste sempre un certo suono di voce nasale.

Questa combinazione speciale di paralisi delle labbra, della lingua, della musculatura del velopendolo è già stata interpretata dai lavori di Duchenne, Wachsmuth, Charcot, Leyden ed altri. È il complesso fenomenico di una *paralisi bulbare cronica* che noi abbiamo dinanzi. Ma la malattia del nostro paziente va distinta dalla forma tipica della paralisi bulbare progressiva, che ha per base anatomica l'atrofia dei nuclei motori sul pavimento del 4.° ventricolo, per la mancanza di disordini trofici nei muscoli paralitici.

Nessuna anomalia nei disordini del capo, del collo, nessuna alterazione della respirazione.

Ed anche agli arti non può parlarsi di una vera e propria atrofia muscolare.

Guardando gli arti inferiori ci accorgiamo che nel riposo la gamba destra è rotata all'indentro, ed è addotta. Questo atteggiamento si fa assai più manifesto quando il ragazzo è affaticato. Il piede poi è portato nell'attitudine di un piede varo e quando fatto camminare il ragazzo si stanca, allora avvengono contrazioni spastiche muscolari.

Manca qualsiasi fenomeno di atassia nè egli è incerto menomamente ad occhi chiusi. Sulla gamba destra egli non può rimanere sì a lungo come sulla sinistra poichè stancasi presto.

Provandoci a muovere passivamente la gamba od il piede, avvertiamo un certo ostacolo, specialmente volendo addurre la gamba, o piegare il ginocchio. Gli adduttori sembrano più tesi quantunque non possa parlarsi di una vera contrattura. I riflessi cutanei sono forse aumentati a destra, non però il riflesso tendineo della rotula. La sensibilità tattile, dolorifica, termica, intatta. All'arto superiore destro è evidente lo stato paralitico combinato con una certa contrattura. La pressione della mano è più debole a destra nè può innalzare questo braccio sulla linea orizzontale. Il braccio ha piccoli movimenti spastici che aumentano quando sia innalzato. Questi movimenti sono differenti dai crampi. Charcot li chiama *movimenti oscillatori ritmici.*

Questi fenomeni motorii possono essere conseguenza della paralisi, o movimenti intermedii dei muscoli antagonisti.

Il braccio è portato all'indietro ed addotto verso il petto, l'avambraccio è in supinazione. Che poi gli antagonisti nei muscoli paralizzati abbiano una parte rilevante in quest'attitudine lo dimostra lo stato di tensione del bicipite ogni volta che l'impulso motore è attivo.

Non vi è aumento dei riflessi cutanei e tendinei al braccio. Mancano alterazioni di sensibilità.

Concludendo noi abbiamo innanzi dei fenomeni paralitici di molti muscoli del corpo, in combinazione con fenomeni di tensione muscolare, un maggiore o minore aumento dei riflessi tendinei, ma nessuna alterazione di sensibilità e di nutrizione muscolare.

Questi fenomeni sono comuni a molte malattie lente dei centri nervosi e secondo Erb starebbero a segnare una diffusione di un processo patologico ai cordoni laterali piramidali.

Ei anzitutto vi si para innanzi il problema se può trattarsi nel nostro caso di una lesione a focolajo unico o a focolaj disseminati in più punti dei centri nervosi.

Un focolajo unico dovrebbe aver sede nel *bulbo* o nelle vicinanze del medesimo. Ma difficilmente potrebbe comprendersi con simile ipotesi come una *paralisi* leggera localizzata ad una *estremità* abbia potuto rimanere tale sì lungamente, mentre ammettendo una serie di focolai distinti con diffusione dal basso all'alto in modo lento, possiamo spiegarci pienamente la diffusione della paralisi segnata dall'anamnesi.

Oggi probabilmente per sede la malattia si prolunga fino al bulbo, in basso non sembra però distendersi al rigonfiamento lombare, non essendovi lesioni nei riflessi nè fenomeni atrofici muscolari.

Ma quale è la natura del processo?

La combinazione di fenomeni paralitici con fenomeni di contrazioni muscolari indicherebbe secondo l'Autore, una mielite cronica. Egli ammette nel caso presente una mielite cronica disseminata, ossia la così detta sclerosi sparsa di Charcot. Qualunque altro processo avrebbe in tempo sì lungo dato luogo ad alterazioni di sensibilità, ad atrofie, paralisi degli sfinteri, ecc.

Lo sviluppo consecutivo ad una malattia infettiva, al decorso eminentemente cronico sono fenomeni caratteristici della sclerosi multipla. Noi vediamo però mancare taluni di quei fatti fenomenici ritenuti per caratteristici, per esempio, il nistagmo, la vertigine, i quali però potranno comparire più tardi quando il processo si diffonderà al cervello. Manca anzitutto un fenomeno dagli autori francesi tenuto in gran conto, cioè la contrazione così detta dell'intenzione motrice, contrazione che precede il movimento volontario. Forse essa dipende dalla sede di qualche nucleo di sclerosi.

Il caso è interessante anzitutto per l'età del soggetto e secondariamente per i rapporti fra la malattia attuale e la difterite sofferta. Ebstein e Westphal hanno visto la sclerosi disseminata consecutiva al tifo. Charcot l'ha vista insorgere in seguito al colera e Westphal ha generalizzata la possibilità della insorgenza della sclerosi in modo consecutivo ad infezioni.

Becher vide, 2 anni or sono, una paralisi completa dei 4 arti consecutivi a difterite. Meyer descrisse recentemente una nevrite periferica degenerativa consecutiva a difterite.

Il nostro paziente è passato nella clinica di Leyden dove è guarito. Stadthagen chiede al Leyden se il fenomeno rotuleo si è ripristinato colla guarigione.

Leyden. Non posso rispondere al quesito posto, poichè in tutto il tempo che osservai il paziente vidi mancare il fenomeno rotuliano, posso

assicurare che il paziente lasciò l'ospedale completamente guarito. Il caso di Becher citato da Stadthagen rappresentava la forma più frequente di paralisi difterica generale la quale come Meyer ha dimostrato ha per substrato anatomico una *polineurite*. Essa dipende da una lesione periferica e centrale e svolgesi ordinariamente poco dopo la sofferta difterite, in generale guarite ed è abbastanza raro il caso di Becher nel quale si ebbe morte. Questa paralisi generale comune postdifterica decorre con un'atrofia muscolare e diminuzione dell'irritabilità elettrica.

Il caso di Stadthagen appartiene ad un'altra categoria e molto giustamente egli lo ha raggruppato alla forma ordinaria della sclerosi multipla del midollo.

Questo caso è assai interessante anche per la questione della *paralisi bulbare cronica amiotrofica.*

A questo proposito è noto come io dissento dalle vedute di Charcot e sembrami il caso attuale appoggi le mie opinioni.

Charcot ha qui confuso in una sola due forme anatomicamente e clinicamente ben distinte, quali la paralisi bulbare cronica amiotrofica, con atrofia muscolare, e l'altra contrassegnata specialmente da fenomeni spastici che dà luogo ad atrofia muscolare solo in modo secondario, con sede anatomica nel midollo.

Questa distinzione importantissima clinica ed anatomica è dimostrata esatta dal caso presente. Qui si hanno tutti i fenomeni della forma bulbare e nessuna atrofia muscolare. L'atrofia muscolare può avvenir solo in modo secondario. Ecco quindi una prova di più che la forma spastica della paralisi bulbare è una cosa diversa dalla paralisi bulbare amiotrofica.

La forma spastica che Charcot presenta come carattere della sclerosi laterale appartiene ai processi sclerotici del midollo a focolaj multipli ed anche a focolajo unico.

XX. Langgaard. — **Preparati di aconitina.**

I preparati di aconitina del commercio differiscono tanto nella loro azione qualitativa e quantitativa, che possono aversi dei risultati gravissimi dal loro impiego terapeutico. E questo impiego quantunque assai diminuito pure non è cessato del tutto e non ha molto che Störck la raccomandava nuovamente nei reumatismi, neuralgie, affezioni gottose. I risultati di Störck ebbero molte conferme, ma insieme una quantità di differenze nell'azione fisiologica e nella efficacia terapeutica dovuta alla varietà dei preparati. Langgaard presenta un preparato che contrassegna col nome di vera e pura *aconitina*, insolubile nell'acqua, solubile nell'alcool e nell'etere, cristallizzata allo stato libero ed allo stato di sali massime coll'acido nitrico.

Questo alcaloide è facilmente scomponibile: lasciato sotto l'influenza degli acidi si scompone in acqua ed in un corpo che l'Autore chiama

apoaconitina, col riscaldamento in presenza di alcali si scompone in una nuova base l'*aconina* ed in un acido che è l'acido benzoico. Ecco quindi la facilità colla quale i preparati commerciali hanno dei prodotti di scomposizione anzichè l'aconitina cristallizzata pura.

L'aconitina segnata col nome d'*aconitina commerciale tedesca* agisce 20-30 volte di più delle altre aconitine commerciali. Molto diversi sono i preparati inglesi di aconitina. L'aconitina di Morson usata in Inghilterra non è punto l'alcoloide dell'aconito napello, bensì dell'aconito nelle Indie conosciuto col nome di *Aconitus ferox*. Questa aconitina ha una intensa azione locale irritante. Essa provoca bruciore alla pelle e mucose, dolori, senso di sbalordimento.

In Francia pure circolano diverse aconitine e fra le altre quella di Hottot, quella di Petit: più prossima alla aconitina pura è quella di Duquesnel.

Fatto caratteristico dell'aconitina pura è l'azione sua sul cuore e specialmente sulla parte muscolare del medesimo.

Steinauer. Domanda se l'impiego del preparato raccomandato da Langguard assicura sull'attività del medesimo dopo un certo tempo dalla preparazione. E questa attività può essere talora aumentata al punto di fornire dei prodotti altamente tossici, mentre altra volta il preparato diventa alterandosi affatto inoffensivo. Finora in Germania si è usata la così detta aconitina tedesca e senza inconvenienti.

Langgaard. Il preparato da me presentato è oggi attivo come un anno fa, quando venne preparato.

Leyden. Chiede a qual dose Langgaard impiega l'aconitina, quale è il meccanismo dell'azione di questa sostanza, e quali pericoli presenta l'uso del preparato.

Langgaard. Internamente dà l'aconitina a 1|20-1|10 di milligrammo per dose, 3|10 di milligr. al giorno.

Una dose di 8|10 di milligr. in una volta può essere pericolosa, la impiega poi per uso esterno. L'azione locale sulla cute e quella sul cuore è somigliantissima a quella della veratrina.

Lublinski. Nel policlinico del prof. Mayer si impiegano da tempo i preparati di aconito in alcune affezioni massime neuralgiche, ma si evita l'impiego dell'alcaloide l'azione del quale varia appunto secondo il preparato. Egli adoperò più spesso la tintura di aconito in dose di 3-6 gocce ogni 3 ore.

Egli ne vide buon effetto anche in affezioni reumatiche croniche e neuralgie massime del 5.° Utile ancora nei dolori dell'artrite deformante.

Invece dove non corrispondono affatto i preparati d'aconito è secondo l'Autore nelle malattie febbrili nelle quali fu preconizzato come antipiretico, e così nella erisipola e nelle tonsilliti.

Langgaard. Crede preferibile l'impiego di una sostanza pura quale è l'alcaloide di cui possono dosarsi gli effetti, a quello di un preparato galenico.

XXI. BAGINSKY. — **I microrganismi della furoncolosi.**

Sul pus dei furuncoli nelle furuncolosi diffuse dei bambini, trova egli dei bacteri sferici i quali si presentano ordinariamente aggruppati a due, a quattro, e si colorano in rosso scuro colla fucsina. Essi possono dimostrarsi specialmente nel pus di questi foruncoli. È noto che l'affezione attacca fanciulli deboli, rachitici, i quali hanno la pelle molto facile al sudore: compajono più spesso i foruncoli al capo. L'Autore crede che quei microorganismi possono rappresentare la causa della malattia producendo dapprima irritazione alla pelle, poi diffondendosi al connettivo sottocutaneo. Egli ha tentato la cura della furuncolosi coi bagni di sublimato ma senza effetto. Crede miglior cosa incidere presto i furuncoli e medicarli col jodoformio.

XXII. ERHARDT. — **Le malattie febbrili a Roma.**

L'Autore che esercita da lungo tempo la medicina in Roma, premette che non crede senza interesse anche per i medici tedeschi la conoscenza delle malattie febbrili dell'Agro Romano, sia per l'interesse scientifico generale, come per la circostanza che quella città è sì frequentemente visitata da persone d'ogni paese.

Il tifo petecchiale è quasi sconosciuto a Roma: le febbri esantematiche, scarlattina e morbillo decorrono senza particolare gravezza. Catarri gastrici febbrili e tifi addominali sono abbastanza frequenti, la malaria vi è epidemica non soltanto in Roma ma in gran parte dell'Italia, in Lombardia, Sicilia, ecc.

Essa complica sotto forma di febbre remittente una quantità di processi morbosi e particolarmente i processi puerperali e traumatici.

Due sono le forme *gravi* dell'infezione malarica: 1.° La intermittente perniciosa, 2.° Il tifo malarico. Fortunatamente non sono queste due forme assai frequenti.

La perniciosa può invadere in modo franco o genuino, ovvero complicare altre malattie febbrili, altri processi morbosi (perniciosa larvata).

La perniciosa genuina ha per lo più un tipo intermittente quotidiano o terzanario. Si accompagna a speciali fenomeni massime da parte del sistema nervoso (delirio, coma, paralisi, afasia, disfagia, tremore, convulsioni, neuralgie forti), e la febbre supera d'ordinario i 40°-41°.

Altri fenomeni concomitanti la perniciosa sono offerti dal tubo digerente e specialmente vomito, dissenteria, cholerina, emorragia intestinale, febbre altissima. Subentra debolezza del cuore, polso filiforme, colasso, diminuzione forte nel numero dei battiti cardiaci sino a 30 in 1 minuto.

Una delle forme più temibili è la perniciosa che dà luogo presto a colasso: l'ammalato diventa apatico, la temperatura abbassa a 34° all'ascella, a 35° al retto. Sudori freddi, cianosi. Questi fenomeni possono durare per più d'una giornata, diminuiscono poi rapidamente nei casi

favorevoli, l'ammalato allora in poche ore può ritornare a coscienza, sentirsi sollevato e percorrere una breve convalescenza.

L'anatomia patologica di questa forma di perniciosa (perniciosa algida), dimostra un tumore acuto di milza, ed ordinariamente trova i fenomeni della melanosi cronica degli organi, e particolarmente la nota melanosi della sostanza corticale del cervello. Vi hanno poi dei casi nei quali la melanosi è limitata alla milza.

In quanto alla causa di queste forme infettive, malariche, poco avvi di stabilito. Tommasi-Crudeli e Klebs hanno nel terreno e nell'aria di luoghi malarici riconosciuto un elemento bacillare da essi coltivato ed introdotto poi nei conigli, nei quali provocherebbe una febbre a tipo intermittente. L'interessante risultato attende secondo Erhardt ulteriori conferme.

La tifosa malarica assomiglia assai al tifo ordinario per i fenomeni catarrali del tubo digerente e delle vie biliari, per la tumefazione della milza, poi le diarree ed emorraggie intestinali, poi la presenza di ulceri nell'ileo, infine le ipostasi polmonari.

Vi ha poi una pneumonite malarica, sulla quale Baccelli richiamò l'attenzione, caratterizzata da congestioni vaganti del polmone con sputo sanguigno. Questa forma pneumonica è risoluta pienamente dal chinino.

Nella tifosa malarica abbondano spesso le emorragie nasali, vaginali, il polso spesso è dicroto, temperature con molteplici remissioni ed esacerbazioni nelle 24 ore rimanendo però sempre sui 38°. Il colasso, la debolezza del cuore sono i pericoli maggiori di questo processo che può prolungarsi per 3, 4 settimane. La diagnosi della influenza malarica nel tifo è possibile considerando la rapida ascesa della temperatura nei primi giorni, le remissioni ed esacerbazioni nelle 24 ore, la presenza di fenomeni perniciosi anche in momenti di decremento febbrile, il dimagramento minore che nel tifo ordinario, la convalescenza rapida, la recidiva frequente ma altrettanto pronta. Oltre a ciò non è raro che i fenomeni intestinali sieno rappresentati da una stipsi ostinata anzichè da diarrea.

La malattia tifoide appare tanto al sud quanto al nord di Roma, ed è chiamata dalla scuola romana col nome di *subcontinua*. Se qui siamo in presenza di una vera forma patologica distinta, o se trattasi di un tifo complicato a malaria è ancora discusso. Forse i microorganismi della malaria e del tifo, possono riprodursi contemporaneamente e determinare nello stesso tempo i fenomeni infettivi loro proprii.

Il bacillo della malaria sarebbe stato trovato sul vivente da Marchiafava nei primordii dell'accesso febbrile intermittente e singolarmente nella milza. La malaria in generale è un prodotto del terreno negli strati suoi superficiali. Tommasi Crudeli definisce il bacillo quale un essere aerobiotico il quale ha d'uopo d'una temperatura di almeno 20° e di una certa umidità. Infatti le pioggie leggere dell'estate aumentano l'estensione delle infezioni.

Il tifo malarico non è esclusivo di Roma, domina forse più diffusamente a Napoli ed in Sicilia. In Roma la malaria fa comparsa nella metà dell'estate, più raramente nelle altre stagioni dell'anno. La mortalità per malaria raggiunge il massimo in luglio ed agosto, il minimo in maggio e giugno. Il romano che abita da tempo in città è acclimatato e soffre poco di malaria. È notevole poi che la malaria va diminuendo in modo concentrico dalla campagna verso la parte centrale della città dove non havvi terreno sprovvisto di sassi.

La difesa della malaria si esegue particolarmente rifuggendo dalla temperatura fresca della sera e della notte nella quale probabilmente in maggior quantità i germi trovansi nell'aria. Usate le opportune cautele la longevità in Roma e in luoghi malarici è un fatto assai evidente. La mortalità dei forestieri in Roma è inferiore alla media. Infatti oscilla intorno all'11 per 1000.

XXIII. Jastrowitz. — **Trombosi della porta.**

I fenomeni singolari coi quali decorse questo caso non ne permisero la diagnosi in vita.

Era un ufficiale di 31 anni, sempre sano, il quale dimostrava però una certa tendenza alle emorragie. Nel 1879 incontrò una infezione sifilitica: non vide fenomeni secondarii, però fece una cura mercuriale a mezzo di frizioni. Nel dicembre 1879 il suo medico constatò tumefazione e durezza del fegato e milza sporgenti evidentemente dalle costole.

Nel febbrajo 1883 comparve itterizia intensa che non ha ceduto a nessun mezzo terapeutico, fu mandato a Karlsbad dove senza effetto fece uso di jodio e di quelle acque di *Soolbäder*. L'itterizia scomparve, fece allora un viaggio in Svizzera durante il quale l'itterizia ricomparve. Si provò a rientrare nel reggimento, era però assai debole e fu consigliato ad una nuova cura mercuriale da parte di un medico che diagnosticò una sifilide epatica.

La cura mercuriale dovette essere sospesa, comparvero emorragia catarrale e prurito molesto nei punti in cui furono applicate le frizioni. Al 4 settembre 1883 entrò in una casa di salute a Schöneberg dove lo vide per la prima volta Jastrowitz. La nutrizione generale era buona. Alla superficie del corpo presentava una quantità di suggellazioni, quasi fossero effetto di contusioni multiple e diffuse a tutto il corpo stesso. Si sentiva debole ed accusava formicolio alle dita. Indurimento caratteristico al prepuzio e tumefazione delle ghiandole inguinali. Organi toracici normali. Ingrossamento del fegato e milza. Nessuna dilatazione venosa all'addome e punto d'ascite. Urina gialla-bruna, con schiuma gialla, peso specifico 1016 senza albume o zucchero. Reazione di Pettenkofer negativa Feci pallide scolorate. Nessuna modificazione di temperatura. Polso piccolo frequente. Quale diagnosi? Quale cura? Ammettemmo in generale una sifilide del fegato e specialmente un catarro

delle vie biliari d'onde l'ostinata itterizia. Per cura si consigliarono le acque di Carlsbad e specialmente la Mühlbrunnen.

Ma l'itterizia questa volta non migliorò punto, il prurito si fece sempre più molesto, d'onde il bisogno di grattarsi e la emorragia della pelle escoriata. Una injezione sottocutanea di morfina produsse una suggellazione di una intiera estremità, dove venne praticata la puntura. Il 16 settembre avvengono gravi emorragie renali ed aumento delle suggellazioni cutanee. Rinnovansi le emorragie renali nei giorni seguenti e le suggellazioni si fanno sede di veri ematomi da emorragie sottocutanee abbondanti. L'ammalato si fa debole, è obbligato al letto, nel 26 settembre si accorge di emorragie intestinali, le feci sono sanguinolente. Non potè essere esaminato il sangue rifiutandosi il paziente. Nell'urina i globuli rossi in parte erano intatti, in parte vi erano dei microciti. Oltre di ciò elementi somiglianti ai globuli bianchi impregnati di pigmento biliare, cristalli di bilirubina e di acidi grassi colorati dal pigmento biliare medesimo. Salkowski trovò nell'urina un po'd'albumina, punto di cilindri, piccole quantità di leucina. Il 3 ottobre osservasi per la prima volta un innalzamento leggero di temperatura (38°,9). Polso 124. Vomiti. Emorragie nasali e dalle orecchie. Aumento dell'itterizia, 4 ottobre colasso. Temperatura 39°-40°. Morte al 5 ottobre.

Il lettore che ha seguito fin qui l'andamento di questo difficile caso, può ajutarsi a congetturare una epicrisi possibile.

Poteva infatti pensarsi ad una sifilide del fegato in persona emofiliaca, d'onde emorragie che avevano condotto alla morte. L'ittero grave poteva bastare a spiegare le gravi emorragie anche senza la particolare predisposizione del soggetto.

Poteva pensarsi anchè ad una atrofia gialla acuta della quale per altro non si videro molti fenomeni, per esempio uremici. Il paziente morì in istato di perfetta coscienza, il fegato non era diminuito di volume, nell'urina eranvi solo traccie di leucina. Anche l'ipotesi della trombosi della porta doveva essere discussa, ma nessun fenomeno di stasi venosa addominale, punto ascite, appoggiarono questo sospetto. Eccoci all'autopsia. Numerosi ed abbondanti emorragie sottocutanee e muscolari. Sangue generalmente fluido nelle medesime. Emorragie mesenteriche, intestinali, peritoneali. Cuore vuoto contratto normale. — Vene cave con poco sangue fluido color nero. Infiltrazione emorragica delle parti inferiori del polmone. Milza grossa, molle, spappolabile, la polpa color cioccolatta.

La cistifellea contiene poco muco denso, grigio, la sonda trova le vie biliari completamente occluse nel dotto epatico.

Al taglio del fegato il coltello segna una certa resistenza si ode come l'urto della lama contro un corpo duro. La vena porta completamente trombizzata e la trombosi diffondesi ancora ai suoi rami. Lateralmente al vaso trovasi un nodo connettivo (gomma) il quale comprime il vaso-

Le pareti della vena sono fortemente ingrossate, colorate in giallo ed ateromatose. Al dintorno del nodo gommoso principale, dei piccoli nodi. Fegato fortemente itterico.

Emorragia nei reni e degenerazione adiposa degli epitelii. Nei vasi renali all'esame microscopico trovansi trombi. Le vene renali fortemente dilatate.

Epicrisi. — Quale fu la prima alterazione anatomica viscerale in questo caso? L'Autore crede che alterazioni di circolazione ed il processo sifilitico nel fegato e nella milza siano stati i primi fenomeni a svolgersi, poi l'occlusione delle vie biliari a mezzo di gomme. La data del trombo crede contemporanea alla comparsa delle prime emorragie. Riferisce le emorragie alle modificazioni di composizione del sangue ed alle alterazioni delle pareti vasali e conclude:

1.° L'ascite e l'emorragia gastrica non sono fenomeni necessarii della trombosi, della vena porta.

2.° L'itterizia ostinata in individui sifilitici congiunta ad emorragie deve far pensare alla possibilità di gomme comprimenti la vena porta ed alla trombosi della medesima.

Frerichs. Ha osservato numerose trombosi della vena porta che quasi generalmente non si accompagnano a fenomeni eclatanti ma spesso ad itterizia ed emorragie profuse. Le emorragie non hanno nulla di sorprendente. Un ittero di lunga durata dà luogo ad emorragie da alterazione di nutrizione nei vasi.

Lamenta che il caso non sia stato usufruito per provare fin dove il fegato ha influenza sulla digestione degli idrati di carbonio, e quali sono le condizioni di eliminazione dello zucchero somministrato al paziente. Crede che il fatto principale nel caso presente sia rappresentato da una periepatite sifilitica.

XXIV. Liebreich. — **Mercurio formio-amidico. — Un nuovo preparato di mercurio.**

I preparati migliori di mercurio talvolta non riescono alla cura efficace della sifilide. In generale gli specialisti guardano con diffidenza le proposte di nuovi preparati mercuriali poichè in generale ciascuno è soddisfatto del preparato preferito. Intanto non mancano gli esempii di varie sconfitte della cura antisifilitica e molti disgraziati scontano colla vita l'inefficacia dei preparati più rinomati. Perciò Liebreich crede sempre importante lo studio di preparati mercuriali che raggiungono le migliori garanzie di successo.

L'impiego della maggior parte dei preparati di mercurio urta contro alcune difficoltà ben note, quali la precipitazione della sostanza attiva a mezzo degli albuminoidi, o di componenti normali dei tessuti dell'organismo. Pel sublimato specialmente può deplorarsi questa proprietà. Noi dobbiamo aspirare a possedere un preparato di mercurio facilmente solubile nell'acqua, punto capace di coagulare gli albuminoidi,

onde possa inalterato pervenire a tutte le parti dell'organismo. I preparati oggi conosciuti che raggiungono queste condizioni peccano però nella sicurezza dell'azione e possono essere malamente dosati. Il più importante dei preparati usati fin qui è il mercurio *peptonizzato*. Questo preparato però è anche con difficoltà scomposto nell'organismo. Perciò è da qualche tempo che proposi nella terapia della sifilide il *sublimato etilico* studiato clinicamente dal dott. Prümmers.

Ma questo preparato ha un grave inconveniente nella sua poca solubilità. Ecco perchè venni nel concetto di utilizzare la reazione di Strecker per la preparazione del *mercurio acetamidico*. Il mercurio acetamidico ha servito in molti casi con buon successo, però trovai più pratico il *mercurio formioamidico.*

Il mercurio formio-amidico si prepara sciogliendo il mercurio nella *formamide*. Si ottiene un liquido limpido, a reazione alcalina, di sapore metallico. Evaporato lascia una massa cristallina.

(La formamide $CHO\text{-}NH^2$, è l'amide dell'acido formico, si ricava dalla distillazione del formiato ammonico o dei sali dell' acido formico con $NH^4\text{-}Cl$, ovvero riscaldando l'etere formico con ammoniaca alcoolica a 100°. La *formamide* è un liquido solubile nell'acqua e nell'alcool, che bolle con parziale scomposizione a 192°-195°. — Nota del Traduttore)

Il mercurio formio-amidico si distingue dal sublimato per le seguenti reazioni. Il sublimato dà con una soluzione di soda un precipitato giallo di ossido di mercurio, il formio-amidato di mercurio invece rimane inalterato. Il sublimato da un precipitato colle soluzioni di albumina. Invece il mercurio formio-amidico resta limpido. Nessuna coagulazione al punto di injezione del preparato sotto la pelle. Si è pensato di rendere solubile il sublimato e di utilizzarlo meglio per le injezioni sottocutanee, aggiungendo del cloruro sodico si ottiene infatti una soluzione che non coagula gli albuminoidi. Ma injettato sotto pelle il cloruro sodico si assorbe presto, il sublimato resta nel tessuto è quindi affatto indifferente injettare sublimato solo o con $Na\ Cl^2$.

L'azione fisiologica e tossica del mercurio formio-amidico è perfettamente identica a quello del sublimato.

Schmitt sotto la direzione di Gehrardt alla Clinica di Würzburg trova che tutti i fenomeni della lue recente scompajono dopo 25 injezioni del preparato, e nelle sifilidi recidive bastano 10, 20 injezioni alla scomparsa dei fenomeni. Nelle affezioni sifilitiche cutanee ulcerose, nel periodo gommoso della sifilide 30 injezioni di mercurio-formioamodico bastano alla guarigione.

L'azione locale della injezione di questo preparato introdotto profondamente nel connettivo sottocutaneo è la seguente: *indurimenti* della pelle al punto d'injezione non avvengono mai; il dolore varia, talora può durare qualche ora nelle donne isteriche, o mancare affatto. In generale il dolore non si prolunga al di là di 1|4, 1|2 ora.

Ascessi non avvengono mai nel luogo dell'injezione.

Le lesioni sifilitiche della bocca e della mucosa scompajono con grande celerità. I punti di injezione da presceglierai sono il dorso e le natiche ad anche al braccio.

Per *la dose* può incominciarsi l'uso di questa sostanza injettandone 2 c. c. di una soluzione all'1 per 100.

Il mercurio formio-amidico eliminasi in gran parte già scomposto dall'economia.

Lassar. Lo ha provato in 25 sifilitici della sua Clinica ed in differenti fasi della malattia. Il risultato fu quasi sempre positivo, però non trova ragioni sufficienti di preferenza pel mercurio formamidico di fronte alle injezioni di sublimato e cloruro sodico.

Del resto anche il mercurio formiamidico non ci risparmia quei casi gravissimi di sifilide che conducono talora a morte, e l'Autore ne cita una, che ad onta della medicazione col mercurio formioamidico, andò a morte per sifilide cerebrale.

L'azione locale della injezione di sublimato fatta secondo il metodo di Hern-Maller (*sublimato* 1 per 100, *cloruro sodico* 3 per 100) è molto minore di quello del preparato di Liebreich.

Il dolore è per lo più forte, i pazienti vogliono ritornare all'uso delle injezioni di sublimato.

Leyden. Domanda schiarimenti sulla dose.

Liebreich. Per la dose vale la stessa del sublimato Sol. 1 per 100, 1 c. c., 2 c. c. per injezioni sottocutanee.

Il preparato introdotto nello stomaco perde ancora maggiormente le sua proprietà tossiche, può ammettersi che l'azione sopra e sotto la pelle sia maggiore di 10 volte di quella dello stesso preparato introdotto nello stomaco. Molte combinazioni collo solfo del tubo digerente rendono il preparato inoffensivo. In quanto alle esperienze di Lassar crede sieno state fatte con un preparato punto puro e chi sa di quali impurità trattavasi. Liebreich sconsiglia affatto l'uso simultaneo del mercurio formoamidico e del joduro potassico, poichè la prima sostanza che già rapidamente eliminasi dall'organismo viene ad essere tumultuoriamente e poco provvidamente scacciata dall'economia.

XXV. Hofmann. — **Mercurio formio-amidico.**

L'Autore lo ha esperimentato con successo in forma leggiera e grave di sifilide in tutti i periodi della medesima. In un caso di affezione sifilitica della lingua il paziente migliorò dopo 10 injezioni. In un caso di *corona veneris* giovò prontamente mentre il sublimato non aveva portato risultati, occorsero 30 injezioni. Non vi fu recidiva finora (1 anno e 1|2). In quanto ai dolori i pazienti li accusano per 1|2 ora al più raramente per 1, 2 ore e non così intensi come pel sublimato.

XXVI. Ehrlich. — **Sangue leucemico.**

Il sangue leucemico presenta tre fatti microscopici i quali consentono senz'altro la diagnosi di *leucemia*:

1.° Cellule eosinofile.

2.° Leucociti mononucleari con granulazioni neutrofile.

3.° Globuli rossi nucleati.

Le cellule eosonofile hanno la proprietà di presentare delle goccioline somiglianti al grasso, le quali si colorano colle sostanze coloranti a soluzione acida.

Il miglior processo è di trattare il sangue con una miscela delle tre seguenti sostanze coloranti: 1.° una gialla (aurantia), 2.° una nera (acido solfo indulinico), 3.° una rossa eosina. In questa miscela le parti che posseggono emoglobina si colorano in ranciato, i nuclei in nero, le granulazioni eosinofile in modo specifico in rosso o rosso nero. Le granulazioni neutrofile dei globuli bianchi sono caratteristiche della leucemia. I globuli bianchi nella leucemia hanno parecchi nuclei. Nella leucemia mielogena si trovano anche nei globuli bianchi mononucleari delle granulazioni neutrofile. Ciò nella leucemia splenica non verificasi poichè nelle condizioni normali cellule mononucleari neutrofile trovansi solo nel midollo delle ossa. E questa specialità di disposizione del protoplasma del nucleo è fatta risultare dalla miscela di eosina ed ematossilina, fatta colla seguente formola. (Acqua 100. Glicerina 100. Alcool 100. Ematossilina 1.00-2.00. Allume fino a saturazione. Eosina 1.00. Acido acetico 10 c. c.). Colorando il sangue con questa miscela le particolarità del nucleo appajono in modo palese, la diagnosi di leucemia è facile. Molti globuli bianchi nel caso di leucemia in discorso assumevano un diametro assai maggiore del normale, il paziente è sofferente di gravi emorragie, forse dovute ai disordini di circolazione nei capillari.

XXVII. Kochs. — **Peptone di carne.**

Kochs assistente del Pflüger a Bonn spedì al prof. Leyden in Berlino un peptone da sperimentarsi nella Clinica.

Leyden se ne trovò assai contento dell'impiego di questo peptone il quale è aggradevole al palato, preso volontieri dai pazienti.

Kochs lo ha preparato dalla carne di bue fresca indi lo ha convenientemente aromatizzato. Si presenta sotto forma di una massa trasparente che ha il 20 per 100 d'acqua, di color rosso bruno, la quale ben chiusa dura a lungo inalterata anche nell' estate. Lasciato all'aria si prosciuga e possono così farsi delle tavolette le quali hanno lunghissima durata. La composizione chimica di questo peptone per 1[4 è di sostanze estrattive, e per 3[4 di albuminoidi peptonizzati.

Questo peptone è solubile nell'acqua fredda, facilmente diffusibile attraverso le membrane animali, non coagula al colore. Pel resto le note reazioni dei peptoni.

L'esperienza sugli animali ha dimostrato che con 20 gr. di questo peptone un grosso cane vive ed aumenta giornalmente di peso.

Liebreich. Accorda una grande importanza alla conoscenza d'un vero buon preparato di peptone, il quale abbia buona qualità nutritiva e punto di sapore cattivo.

XXVIII. Lublinski. — **I rumori a distanza nei vizj valvolari del cuore.**

Mentre riesce facilmente di percepire col tatto dei rumori cardiaci e dei grossi vasi, riesce raramente di udirli senza applicare l'orecchio o lo stetoscopio alle pareti toraciche. Chomel però parlò per primo di rumori cardiaci a distanza e Williams Stockes ebbe occasione di farne conoscenza. Ma questo argomento rimase poco coltivato fino ad Ebstein.

Intendiamo per *tumori a distanza* i rumori originati nella cavità del cuore e dei grossi vasi, i quali non sono percepibili non solo coll'ascoltazione immediata, ma anche a distanza dell'ammalato. Sopra la distanza alla quale questi rumori anormali sono percepiti troviamo nella letteratura delle cifre che variano da 15 centim. a 2 metri. Bauer in un caso udiva un rumore cardiaco a 10 passi di distanza dall'ammalato.

Questi rumori possono udirsi nell'intero decorso del processo morboso, come a tratti varii di tempo (Ebstein).

Il carattere dei medesimi è assai vario; ora hanno timbro musicale, ora furono paragonati al cicalio d'un colombo, od al rumore dei ranocchi.

Tutti i vizii vascolari del cuore hanno lasciato udire questi rumori a distanza fatta eccezione dai vizii della tricuspide e della polmonare.

La stenosi dell'orifizio aortico sembra aver formato il maggior contingente a questi casi. Più raramente l'insufficienza aortica. I due seguenti casi presentarono un rumore diastolico l'uno, sistolico l'altro.

Il 1.° era un lavoratore che presentava le note caratteristiche dell'insufficienza aortica ed un tono particolare isocrono con un rumore diastolico sull'aorta udibile a 1|2 metro di distanza dell'ammalato.

I movimenti, gli sforzi fatti fare al paziente lo aumentavano d'intensità, e per 4 mesi di degenza nella Clinica lo udimmo costantemente. Finalmente coll'uso della digitale, migliorando le condizioni circolatorie il rumore si fece meno forte.

Il 2.° caso era un rumore sistolico udibile a 75 centimetri dall'ammalato. Era un giovane di 16 anni che presentava stenosi ed insufficienza aortica. Il rumore era scomparso dopo una recidiva di reumatismo poliarticolare, ed era constatabile dopo 1 anno.

Solo 3 osservazioni ha la letteratura di rumori a distanza dovuti a lesioni della mitrale (Ebstein) si trattava di insufficienza e stenosi mitrale. Nei vizi del cuor destro i rumori a distanza sono rarissimi. Sol-

mon lo osservò in un caso di stenosi della polmonare. — Lublinschi una volta per stenosi della polmonare con insufficienza della tricuspide.

Questi tre casi di rumori a distanza furono raccolti da Lublinski in 6 anni di osservazione in un policlinico che ha annualmente 150 visii valvolari.

In quanto alle cause di questi rumori l'Autore rammenta la calcificazione straordinaria delle valvole nel caso di Gubler. Perforazioni valvolari. Strappamento di tendini nei casi di Bonks di Tillinger e di Corvisat.

Le parti lacerate della valvola urtate dalla corrente sono in questi casi la causa fisica del fenomeno. Importante poi è il fatto che il rumore permane per tutta la vita e scompare solo quando il cuore degenerato ed insufficiente ha raggiunto le estreme conseguenze del vizio vascolare. Ecco perchè la scomparsa del rumore a distanza è tenuta come segno di cattivo augurio.

XXIX. Friedlaender. — **Micrococchi della pneumonite.** (Adunanza del 16 novembre 1883).

Alle sue comunicazioni intorno a questo argomento, l'Autore aggiunge questa per dimostrare le particolarità delle capsule che li avvolge. Questa capsula è dimostrabile a mezzo della colorazione col violetto di genziana. Il materiale gli fu fornito sia da aspirazioni a mezzo di una siringa di Pravaz mediante punzione del polmone, come nelle sezioni del parenchima polmonare.

La capsula è costituita da una sostanza mucosa, la quale si scioglie nell'acqua distillata, negli alcali diluiti, resiste invece agli acidi. Essa è colorabile con diverse sostanze coloranti. Il metilenblau colora uniformemente la capsula ed i micrococchi onde la capsula non risulta evidente.

Non sembra che altri schizomiceti nell'organismo posseggono quella capsula.

Per la coltivazione dei medesimi fu adoperata la seguente miscela. Acqua di carne, peptone; cloruro sodico. Riuscita la coltura, si introdussero questi microorganismi nella cavità addominale di conigli o nella pleurite il risultato fu sempre negativo. I sorci invece muojono in 20 o 28 ore, con fenomeni di dispnea, debolezza, ed al reperto trovasi una pleura; bilaterale e nodi pneumonici di pneumonite lobulare. Il siero delle cavità pleuriche, i polmoni, ed il sangue presentano i micrococchi circondati dalla capsula caratteristica. E questi micrococchi cresciuti nell'organismo dei sorci prestansi nuovamente ad altre colture.

Queste esperienze furono ripetute sia injettando altra sostanza, od i prodotti stessi della coltura dei micrococchi pneumonitici ma dopo riscaldamento. Riscaldando a 65°, 80° il liquido di coltura, questo rimane inattivo anche nei sorci. Anche fra 11 cavie, 6 mostrarono dopo l'inje-

zione di un liquido di coltura non riscaldato, una pleurite bilaterale e nodi pneumonici. In 5 risultato negativo. In 5 cani 4 rimasero refrattarii, uno morì con fenomeni di dispnea e febbre, ed al reperto si constatò una tipica epatizzazione dei lobi inferiori — pleurite fibrinosa bilaterale. Da questi organi del cane si ebbero micrococchi provvisti della relativa capsula, che servirono a nuove colture.

Anche per inalazioni dei liquidi di coltura l'Autore ottenne nei sorci la pneumonite fibrinosa e la pleurite con reperto dei micrococchi caratteristici negli essudati e nel sangue.

L'Autore dimostra infine i preparati colorati opportunamente dimostranti i micrococchi descritti sia nella pneumonite dell'uomo, che degli animali infettati.

Discussione.

Il presidente dell'adunanza (Leyden) ringrazia l' Autore dell' importante comunicazione ed apre la discussione.

Guttmann. In altra occasione chiesi al dott. Friedländer se i micrococchi da egli descritti possedessero un movimento, e se fossero reperibili nello sputo dei pneumonici. La risposta alla prima domanda fu in senso negativo, ed alla seconda si disse che i micrococchi muniti delle capsule loro caratteristiche non comparirono nello sputo. Ma è quindi da chiedersi se i micrococchi coltivati dal Friedländer e che noi abbiamo visti siano i soli, gli esclusivi micrococchi della pneumonite.

Friedländer. Risponde affermativamente.

Guttmann. Questa conferma era necessaria poichè sono 5 settimane che comparve nel « Centralblatt. f. med. Wissenschaften » una comunicazione di Salvioli e Zäslein i quali raggiungono gli stessi risultati di Friedländer ma con micrococchi che non sono quelli di Friedländer medesimo. I due autori ora citati trovano questi organismi nel parenchima polmonare, nel sangue, nel liquido dei vescicanti, li hanno coltivati, injettati poi i liquidi di coltura nelle cavità pleuriche dei conigli e ratti ed hanno ottenuto squisite forme pneumoniche. Ma quei micrococchi di Salvioli e Zäslein erano *mobili*. Quelli di Friedländer sono *immobili*. Sembrerebbe quindi che differenti specie di micro-organismi possano provocare la pneumonite.

Ewald. Trova alcune varianti fra la forma degli organismi che trovansi nei preparati di Friedländer e la figura che questi ne ha data.

Friedländer. Risponde a Guttmann che gli organismi che hanno servito alle esperienze di Salvioli sono di altra natura di quelli che formano oggetto delle sue osservazioni. Tanto più che si dimostrano attivi nei conigli, e le capsule non vennero trovate da Salvioli e Zäslein.

In quanto alle differenze notate da Ewald sono dovute a differente intensità d'azione dell'alcool.

Jastrowitk. Chiede quale è l'influenza dei micrococchi di Friedländer injettati in altri organi che non siano le sierose, o direttamente por-

tati nella circolazione. Hanno essi un'azione locale elettiva sul polmone? o sono elementi in generale flogogeni?

Thorner. La pneumonite ha nell'uomo un decorso tipico, chiedesi se anche negli animali ciò è verificabile, e se può fin d'ora dalle fasi di evoluzione di questi micrococchi prevedersi qualche notizia intorno alle condizioni eziologiche della pneumonite.

Gutmann. Risponde a Friedländer che gli autori italiani descrivono assai esattamente i micrococchi da essi osservati nè può porsi in dubbio che essi abbiano realmente avuti dinanzi degli organismi di differente forma da quelli descritti da Friedländer stesso.

Friedländer. Risponde a Jastrowicks che le injezioni sottocutanee non gli diedero risultati. Vuole intanto resti fissato il fatto che micrococchi quali egli descrive e dimostra possono opportunamente coltivati ed introdotti nell'organismo dei sorci, cavie, cani, provocare identicamente all'uomo dei processi pneumonici acuti.

Israel. Dimostra un caso nel quale ad onta di una tubercolosi miliare acuta, una resezione del gomito per osteoperiostite tubercolare raggiunse a mezzo della medicazione al jodoformio la guarigione per prima intenzione. L'operazione venne fatta non essendo stata diagnosticata per mancanza di fenomeni, la tubercolosi acuta dei polmoni.

XXX. Hoffmann. — **Estratto di carne Cibil.**

E liquido, contiene molta albumina, ha buon sapore. Un cucchiajo da caffè in acqua calda basta a dare un buon brodo. L'analisi di Hilger, di Erlangen, dimostra un peso specifico di 1,21. Residui minerali 35,4. Parti organiche 19,44. Grassi 16. Azoto ed albuminoidi 2,10. Cloruri 9,36.

La preparazione è fatta estraendo carne fresca per mezzo dell'HCl diluito, neutralizzando con carbonato di Na.

Potner. Riferisce di un caso di rumore cardiaco a distanza. Era un uomo di 50 anni già sofferente di reumatismi e di cardiopatia consecutiva. Dopo un accesso di tosse rimarcò un rumore udibile a distanza. Il rumore proveniva dalla base del cuore ed era al massimo di intensità sul manubrio dello sterno. Per i caratteri del medesimo l'Autore diagnosticò una rottura dei pizzi valvatori delle semilunari aortiche. L'ammalato è tuttora vivente.

Litten. Riferisce di due casi che confermano il fatto già osservato da Laennec, cioè che se lo stomaco è disteso fortemente da gaz i toni cardiaci sono udibili ad una certa distanza (5, 10 centim.) dalle pareti toraciche, fenomeno che cessa quando mediante rutti lo stomaco siasi vuotato dei gaz. Egli crede che i rapporti dello stomaco col diaframma e di questo col cuore i rumori siano trasmessi attraverso l'aria del ventricolo alle pareti addominali.

In un tifoso dopo una perforazione intestinale ed in meteorismo enorme, i toni cardiaci si fecero evidenti a distanza con timbro metallico.

Un'altra osservazione di Litten riguarda un uomo sano, che poteva

enormemente distendere il suo ventricolo deglutendo delle grandi quantità d'aria. Finchè lo stomaco rimaneva disteso erano udibili i toni cardiaci a 5, 10 centimetri dalle pareti del petto.

XXXI. Litten. — **Emoglobinuria.**

Come è noto vi hanno condizioni per le quali l'emoglobina può separarsi dai globuli rossi ed una delle principali è offerta dall'azione delle alte temperature. In questi casi la emoglobina cristallizza nel torrente circolatorio colla nota forma tetraedrica. La tossicologia ha dimostrato che una lunga serie di sostanze possono operare questa separazione lasciando i globuli rossi sotto aspetto di dischi scolorati, ovvero distruggendo i globuli rossi riducendoli a piccole forme granulari. I clorati, i nitriti, l'acido pirogallico, la toluilendiamina ne sono agenti che esercitano questa influenza sui globuli rossi e di più trasformano la sostanza colorante in quello stato di chimica costituzione di proprietà spettrali proprie della metoemoglobina.

Fra le sostanze che operano la separazione della emoglobina senza distruzione dei globuli havvi la glicerina, l'anilina ed i derivati metilici della medesima singolarmente la dimetilanilina (Jaffé).

L'Autore ha adoperati questi ultimi agenti per studiare molte questioni intorno alla emoglobinuria.

Il complesso fenomenico determinato nell'organismo vivente da questa separazione della sostanza colorante, è stato osservato specialmente colla trasfusione di sangue eterogeneo, e coi veneficii mediante le suddette sostanze.

I globuli rossi si scolorano e alla fine si hanno degli stromi perfettamente scolorati, l'emoglobina libera ha perdute le sue funzioni respiratorie, gli animali perdono l'appetito, dimagrano, ma hannovi però fenomeni dispnoici nei gradi leggieri dell'azione di queste sostanze.

Ed eccoci dinanzi al quesito. Dove rimane l'emoglobina libera dai globuli rossi? Si credette un tempo che l'emoglobina libera nel siero dovesse necessariamente espellersi dai reni. Ma oggi si è accertato che possono nel sangue trovarsi considerevoli quantità di emoglobina libera senza traccia di emoglobinuria. Anzi il siero del sangue può essere intensamente colorato in rosso dalla emeglobina disciolta senza comparsa della medesima nell'urina.

Può inoltre dimostrarsi che la emoglobinuria dimostrasi ordinariamente dopo qualche tempo di durata della emoglobinemia sotto forma di un'urina densa, bruna, fortemente ricca di sali di calce è difficile poter determinare il grado di saturazione di emoglobina disciolta nel siero, ed i limiti di tempo nei quali avverasi la eliminazione della emoglobina dai reni. Ciò deve dipendere da molte circostanze le quali finora sfuggono agli osservatori, poichè mentre talvolta l'injezione di una delle suddette sostanze è presto seguita da emoglobinuria, altre volte l'emoglobinuria si fa attendere dei giorni. Nè può credersi che in que-

sti casi si stabilisca una eliminazione vicariante per il fegato o per la milza.

Il sangue che ha l'emoglobina abbondantemente disciolta nel siero prende presto all'aria una colorazione scura. Può presentare talora perfino cristalli di emoglobina e cristalli dell'aspetto della leucina e tirosina.

L'emoglobinuria avviene dopo un certo tempo di durata della emoglobinemia ed in questo frattempo manifestansi talune alterazioni in alcuni organi che possono essere riguardate come predisponenti alla eliminazione della emoglobina libera. Ad esempio, il tumore di milza è costituito da una quantità di elementi del sangue in distruzione, anzi dagli avanzi di questi elementi (globuli rossi). I globuli rossi frammentati più o meno distrutti si depositano nella milza, ed anche quelli scolorati. Questo tumor splenico dopo parecchie settimane presenta tutti i fenomeni consecutivi della trasformazione dell'emoglobina in pigmento; e la milza presenta tutta la singolarità d'una milza malarica.

Anche il fegato nei gradi più alti di emoglobinemia dovrebbe farsi deposito dei frammenti dei globuli rossi e della emoglobina libera.

Perfino nei capillari del fegato può dimostrarsi la presenza di questi elementi in distruzione. Ed oltre di ciò è dimostrabile l'aumento della secrezione biliare abbondando nel fegato i materiali di formazione dei pigmenti.

Anche il midollo osseo si fa organo di depositi dei globuli rossi in via di distruzione. Esaminando il midollo osseo di animali che hanno una emoglobinemia di lunga durata presentasi un midollo osseo rosso, e ricco di globulifere.

Infine in quarto ordine come organi di eliminazione della emoglobina presentansi i reni. Si è molto discusso se l'emoglobinemia provochi insieme alla emoglobinuria una nefrite, questione difficile questa poichè non tutti gli autori sono d'accordo al proposito di questa nefrite.

L'eliminazione dell'emoglobina si fa sotto due forme. 1.° Urina chiara od appena tinta in rosso, che bollita con potassa dà una squisita colorazione rossa (fosfati) e presenta allo spettroscopio le strie della oxiemoglobina; 2.° urina torbida, bruna, ricca di fiocchi, con sedimento abbondante costituito di cilindri di emoglobina del diametro dei canalicoli renali ove si formarono, oltre di ciò cilindri jalini, e granulosi ma scolorati. In ambedue le forme l'urina ha più o meno albumina. Nel 1.° caso l'esame microscopico è quasi negativo, nel 2.° è caratteristico.

E che cosa accade se ad un animale si introduca nel sangue una soluzione di emoglobina? Essa eliminasi pei reni, provocando in pari tempo una albuminuria, la quale perdura più a lungo della emoglobinuria stessa. L'Autore ascrive questo fenomeno alla irritazione provocata nel rene dalla emoglobina. Avviene lo stesso fatto che segue al veneficio per acido solforico, cioè una albuminuria della durata di 2-3 giorni.

L'emoglobina tende ad eliminarsi dai reni come qualsiasi corpo estraneo che circoli nel sangue. Nel 1.° caso da noi distinto si ha eliminazione dell'emoglobina in forma liquida, nel 2.° in forma solida, onde un infarcimento generale dei canalicoli renali, e la morte per uremia. La precipitazione dell'emoglobina allo stato di cristalli verificasi analogamente al venefizio per acido ossalico nel quale i canalicoli renali offrono caratteristici infarcimenti in ossalato di calce.

Litten ammette che in generale questa eliminazione facciasi nei tubuli contorti del rene. I tubuli collettori non mostrano alterazione veruna, tutt'al più gli epiteli sono schiacciati dai cilindri d'emoglobina, o addirittura desquammati.

Sezionando il rene al livello delle papille o poco sopra osservansi i canali collettori ripieni di grosse goccie di emoglobina.

La quantità di sostanza somministrata a scopo di provocare la emoglobinemia, l'intensità quindi di questa hanno la maggiore influenza per la determinazione di una nefrite più o meno grave. Trattasi di processi irritativi operati dalla sostanza che si elimina e di solo valore secondario.

Interessanti sono le lesioni renali consecutive alla emoglobinemia ed il processo di riparazione. In un caso anche dopo 3 settimane dalla emoglobinuria si osservò presenza di emoglobina nei canalicoli retti, ed in un altro caso dilatazioni cistiche dei canalicoli sopra il punto di occlusione. Oltre di ciò infiltrazione di globuli bianchi nel tessuto interstiziale, mentre nei tubuli contorti era già iniziata la rigenerazione degli epiteli perduti.

È da annettersi secondo l'Autore molta maggiore importanza di quella che siasi assegnato finora in patologia, alle alterazioni dei globuli rossi ed alla loro distruzione nelle forme diverse dell'anemia, e crede che l'esame del sangue e specialmente del siero possa dimostrare in questi casi una dissoluzione vera dei globuli rossi.

L'urina può spesso trarre in inganno poichè non tutte le emoglobinemie danno luogo ad emoglobinuria. I tumori splenici delle malattie infettive dimostrano che la milza può essere un deposito rilevante di queste emazie distrutte senza traccia di emoglobinuria. Tuttavia non è ad escludersi che l'emoglobinuria possa essere fenomeno isolato di una lesione renale. Ricorda un caso nel quale l'emoglobina trovava una via di passaggio nei reni ammalati senza emoglobinemia.

Discussione:

Liebreich. Crede mal scelta l'anilina come sostanza atta a sciogliere l'emoglobina dai globuli rossi. Crede prematura l'ipotesi di Litten che nella clorosi possa trattarsi di una emoglobinemia primitiva. Ricorda come l'urina nelle clorotiche scarseggi d'ogni pigmento, non appoggia quindi l'ipotesi di una qualsiasi distruzione di sangue. Riguardo alla prova di Heller non la crede di un colore assoluto pel riscontro della sostanza colorante del sangue, essendovi altre sostanze che precipitano col metodo di Heller. Ritiene sempre indispensabile lo spettroscopio.

Litten. Non ha accordato un colore assoluto alla prova di Heller per la dimostrazione dell'emoglobina nell'urina, anzi non ha dimenticato mai la prova spettrale. Tuttavia annette nella prova di Heller un valore assai maggiore è quello attribuitovi da Liebreich.

Infatti riscaldando un'urina che abbia traccia di pigmento sanguigno, in presenza di un'alcali, precipitano i fosfati ed il precipitato fiocoso presenta il noto dicroismo. L'acido crisofanico del rabarbaro e della senna fa comparire nell'urina una sostanza colorante la quale precipita insieme ai fosfati colorando il precipitato in rosso sangue, ma non dà traccia di dicroismo. Così è delle sostanze coloranti che compajono nell'urina dopo l'introduzione della anilina nell'organismo. Non conosce una sostanza capace di dare nell'urina il dicroismo sul quale è fondata la prova di Heller. Liebreich ha sospettato che la nefrite dopo l'uso dell'anilina possa essere primitiva, anzichè secondaria alla distruzione del sangue. Litten crede invece che l'anilina analogamente ad altre sostanze agisca dissolvendo i globuli rossi.

In quanto all'argomento di Liebreich col quale vorrebbe togliere valore all'ipotesi di Litten sulla importanza della distruzione del sangue quale fatto primitivo delle anemie essenziali, risponde che l'urina pallida affatto priva di pigmento sanguigno non esclude affatto una emoglobinemia che va ricercata nel siero del sangue. Oltre di ciò il pigmento sanguigno libero può eliminarsi per la via del fegato sotto forma di pigmenti biliari.

Lassar. Nel 1880 ebbe occasione di studiare i rapporti fra l'eliminazione dell'emoglobina dei reni e la nefrite. Ciò specialmente in seguito alle trasfusioni.

La trasfusione anche peritoneale di sangue omogeneo è seguita per diversi giorni dall'emissione di un'urina pallida, senza pigmento sanguigno ed albumina, quando per lo più improvvisamente ha luogo una abbondante eliminazione di emoglobina, alla quale può tener dietro una albuminuria duratura per parecchi mesi. Questa albuminuria è l'espressione di degenerazione degli epitelii renali, o di una nefrite interstiziale, ed il sedimento dell'urina mostramolto spesso cilindri jalini. Nè solo nei reni ma anche nel fegato e milza ha potuto osservare che la emoglobina depositandosi può funzionare da sostanza irritante capace di destare processi inflammatori.

Non dubita punto che l'eliminazione di emoglobina dai reni possa da sola cagionare una nefrite.

Leyden. Domanda al Litten se potè verificare fenomeni febbrili negli animali sperimentati. È certo che nell'uomo l'emoglobinuria parossistica decorre con febbre. Recentemente in un caso di questa forma verificò una temperatura di 40°,8 C. In questi casi si tratta di distruzione di globuli rossi per influenza del freddo, ed i prodotti di scomposizione dei globuli rossi crede sostanze capaci di agire da agenti piro-geni. Anche colle trasfusioni osservansi identici effetti. In secondo

luogo chiede se il Litten ha potuto dalle sue esperienze formarsi qualche concetto intorno alla esistenza reale di un'itterizia ematogena. Infatti se la sostanza colorante del sangue non trova modo di eliminarsi rapidamente sembra anche secondo alcune recenti esperienze possa stabilirsi una forma d'itterizia indipendente del fegato.

Liebreich. Ricorda come anche le cantaridi offrono esempio di sostanze tossiche capaci di indurre una nefrite-transitoria, una eliminazione di sostanza colorante del sangue, senza emoglobinemia. E contro l'ipotesi di Litten relativo alla patogenesi della clorosi rammenta come anche nell'anemia perniciosa non è reperibile il pigmento sanguigno nell'urina. Ritiene che nelle esperienze di Litten si trattasse primitivamente di nefriti tossiche poichè molte sostanze che dissolvono i globuli rossi non producono il complesso fenomenico descritto da Litten.

Ewald. Ricorda come la febbre sia fenomeno costante delle trasfusioni, e come l'itterizia sia una concomitanza frequente della emoglobinuria parossistica. Crede che l'itterizia ematogena sia un fatto patologico ormai accertato.

Fliess. Vide nei cani anche le trasfusioni di soluzioni saline seguite da itterizia. Anche queste trasfusioni apportano distruzione di globuli rossi. Non vide mai comparsa di albumina nelle urine.

Litten. Risponde all'ultimo osservatore di aver già insistito abbastanza sul fatto che l'emoglobinemia non si accompagna necessariamente ad albuminuria, ed emoglobinuria. Risponde a Leyden di non aver osservato febbre nei suoi animali.

Riguardo alla itterizia da ritenzione di pigmento sanguigno, non la osservò anche dopo la legatura degli ureteri. Riguardo a Liebreich che la forma nefritica da cantaridi è tutta speciale e caratteristica e le emorragie renali spiegano la comparsa del pigmento sanguigno nell'urina.

XXXII. Becker. — **Micrococchi dell'osteomielite.**

L'Autore ha lavorato sotto la direzione del Koch. Egli ha riscontrato nei tessuti degli ammalati di osteomielite uno speciale organismo che ha isolato e coltivato, indi introdotto negli organismi sani. Negli ascessi di questi ammalati di osteomielite, aperti colle migliori cautele antisettiche riscontrava pure questi organismi colorabili col Metilenblau, colla fucsina e col violetto di genziana.

La coltura fu fatta nel siero di sangue, nelle patate, nella gelatina. Egli ha da queste colture ottenuto un micro-organismo con proprietà speciali, e che agisce nell'organismo sano nello stesso modo del pus dell'individuo affetto da osteomielite. Notisi però che l'introduzione di questi organismi negli animali sani non ha risultato alcuno, invece se provocasi in precedenza una frattura, una contusione dell'osso il risultato non si fa a lungo aspettare. Questo fatto coincide colle osservazioni nell'uomo, nel quale l'osteomielite ha quasi sempre per patogenesi

delle lesioni ossee più o meno gravi. Producendo una frattura nei conigli, ed introducendo in qualsiasi punto dell'organismo dei prodotti di coltivazione dei micrococchi già accennati, verificasi dopo parecchi giorni innalzamento di temperatura, tumefazione e dolorabilità del membro offeso, morte in 12-14 giorni.

Il reperto è ordinariamente costante. La cavità ossea ripiena di pus nel quale nuotano innumerevoli i caratteristici micrococchi. Il polmone, il cuore, i reni offrono infarti piccoli del volume di un pisello dovuti all'azione locale dei medesimi organismi.

L'Autore ha fatto quindi colture di micrococchi del pus, e degli infarti degli animali infettati, e ne ha ottenuto l'effetto suddetto.

L'Autore dice caratteristico l'odore dei liquidi di coltura di questi micrococchi. Ricorda quello della colla dei legatori di libri.

Dietro domanda di Wernich assicura cha dal pus ordinario non potè finora isolare micro-organismi che agiscano coltivati come questi che egli tiene per specifici della osteomielite.

XXXIII. Becker. — **Amaurosi acuta consecutiva a nefrite scarlattinosa.**

Il caso non è nuovo ma abbastanza raro. M. H. è una giovane lavoratrice sempre sana. Ammalò ai 2 ottobre di scarlattina. Il processo decorso gravemente ed alla fine della settimana si mostrò un processo inflammatorio all'articolazione della spalla. Migliorò questo coll'acido salicilico per uso interno.

Il 27 ottobre la febbre che da qualche giorno era cessata, si rinnovò. L'ammalata dimostrò edema ai piedi ed al viso. Enorme quantità d'albumina nell'urina. Fu impresa la cura diaforetica. Dopo 8 giorni gli edemi erano diminuiti; la quantità d'urina nelle 24 ore raddoppiata, ma l'albumina sempre assai abbondante. Il 4 novembre accusa dolori di capo, che aumentano nel giorno. Al pomeriggio l'ammalata si fa sonnolenta. Alle 6 della sera si accorge di *essere cieca*. Essa non scopriva neppure una fiamma di candela. Sopravviene vomito, indi perdita di conoscenza. Il vomito dura tutta la notte. Al mattino seguente la coscienza sembra essersi ripristinata, perdura la cecità che va lentamente migliorando nella giornata, tanto da riconoscere il bujo perfetto dalla luce solare. Esame oftalmoscopico negativo.

L'Autore pensò potesse trattarsi di edema cerebrale epperò fece derivazioni intestinali ed irritazioni cutanee. Notisi che le pupille reagirono alla luce. Il polso 58 battute, pieno-teso. I dolori al capo e la cecità scomparvero completamente in 8 giorni. L'ammalata guarì della nefrite.

L'Autore crede interessante questo fatto anche per essere stato negativo l'esame oftalmoscopico e per la reazione normale delle pupille.

Meynert spiega queste concomitanze con una lesione che abbia per sede quelle fibre di congiunzione fra i corpi quadrigemini ed il nucleo

dell'oculo motore nel pavimento della fossa romboedrica, e che attraversano il corpo genicolato. Il passaggio delle azioni nevrose dal nervo ottico al nervo oculo-motore ha luogo nel midollo allungato. Ora questa parte del nervo ottico era libera perchè le pupille reagivano normalmente.

Perciò il disordine visivo doveva avere per sede anatomica quella parte del tratto ottico che attraverso al corpo genicolato laterale raggiunge la sostanza corticale, punto che Munk assegna alle percezioni visivo, e la di cui lesione apporterebbe a quella forma di cecità detta « *Seehenblindheit.* »

Quale causa di questo disordine nutritivo in quel punto nervoso? La risposta secondo l'Autore non è difficile. Era l'*uremia.* Ricorda quì il complesso fenomenico dell'uremia e le note teorie fisiche, e chimiche di Owen, e di Rees e Traube. L'Autore dimostra come il suo caso tende ad appoggiare la dottrina fisica dell'uremia manifestandosi appunto questa quando gli edemi andarono scomparendo. Egli crede l'uremia senza dubbio determinata da ritenzione di acqua, ed i fenomeni cerebrali ascrive ad edema del cervello. Nel caso presente il processo andò svolgendosi compromettendo fin da principio il centro di Munk poi si estese apportando vomito, perdita di coscienza, e quando l'edema si generalizza agli emisferi ed al mesocefalo intervengono i crampi. Viceversa la teoria chimica dell'uremia come può spiegare questi fatti? Queste sostanze tossiche di ritenzione come possono irritare dati punti rispettandone altri? La prognosi dell'amaurosi uremica deve esser fausta quando le pupille conservano la reazione normale. Viceversa se le pupille hanno perduto la loro reazione alla luce, poichè ciò implica la compromissione dei centri del midollo allungato: ed è quindi ad attendersi una paralisi dei centri vasali e respiratorio.

In quanto alla terapia dell'uremia e dei fenomeni cerebrali in ispecie rifiuta la pratica della sottrazione sanguigna e raccomanda la cura diaforetica, le irritazioni cutanee ed intestinali.

Discussione.

Litten. L'amaurosi scarlattinosa è una concomitanza abbastanza rara della nefrite scarlattinosa. In 6 anni all'ospedale della Carità di Berlino ne osservò 4 casi soltanto. In 3 casi l'amaurosi sopravvenne senza fenomeni uremici, e senza reperto oftalmoscopico. In questi tre casi a capo delle 24 ore si ripristinò la funzione visiva. Il 4.° caso si accompagnò ad intensi fenomeni uremici.

Dopo due giorni di processo nefritico avvenne l'uremia e l'amaurosi.

Il reperto oftalmoscopico di quest'ultimo caso era il seguente.

Le papille dei nervi ottici appajono prominenti d'ambo i lati. I vasi sono ingrossati agli orli della papilla, ed appajono più pulsanti che nello stato ordinario.

Dopo 24 ore gli edemi ricompajono agli arti inferiori scompajono i fenomeni uremici ricomparve la visione. Qualche settimana più tardi,

diminuisce assai la secrezione urinaria, compajono i fenomeni uremici ed ecco di nuovo l'amaurosi completa. Al 3.° giorno di questi fenomeni scompajono i fenomeni uremici, e così l'amaurosi. In quest'ultimo caso la reazione pupillare era nulla. L'ammalato morì. Al reperto si trovò una nefrite grave, punto d'edema cerebrale. L'Autore credette di poter spiegare la cecità in quest'ultimo caso col reperto anatomico della papilla e dei nervi ottici. Riferendo però l'amaurosi ed i sintomi uremici ad una sola causa, cioè al probabile aumento nella pressione intracranica.

Ma il reperto dimostrò come non sempre l'uremia sia legata all'edema del cervello. E la letteratura è abbastanza ricca di questi casi di amaurosi senza fenomeni oftalmoscopici ed in questi casi meno ancora che negli altri può ragionevolmente attendersi l'edema cerebrale.

L'Autore ne ha raccolti 13, in alcuni dei quali l'amaurosi compare senza fenomeni uremici. In tutti i casi si ebbe guarigione.

Uno dei fenomeni più importanti per la prognosi è appunto quello notato da Becher della persistenza della reazione pupillare. In uno solo pei casi ossarvati da Litten mancava, ed appunto quel caso presentava i fenomeni oftalmoscopici sunnotati. La persistenza dei riflessi pupillari sta ad attestare che nè il nervo ottico, nè il tratto ottico sono sede di lesioni. La lesione dovrà risiedere fra i corpi quadrigemini e i centri della percezione visiva.

Anche nel morbillo fu notata l'amaurosi. Ma ha una prognosi grave.

Goltdammer. Crede caratteristica della amaurosi scarlattinosa la sussistenza della reazione pupillare. In quanto alla causa di queste lesioni uremiche è disposto ad ammettere trattarsi di edemi, anche se il reperto anatomico non può dimostrarli. Ha osservato alcune di queste amaurosi in bambini di 7, 8 anni coincidenti ad accessi uremici. La reazione pupillare si conservò normale, e la retina si dimostrò generalmente normale.

Al reperto oltre della nefrite non si dimostrarono alterazioni rilevanti del cervello ad eccezione di qualche edema lieve della pia madre e della sostanza cerebrale.

Baginscki. L'Autore crede all'origine tossica dei fenomeni uremici. Egli ha trovato nell'urina dei nefritici delle sostanze che non compajono nell'urina normale o solo in tenuissime proporzioni. Queste sostanze appartengono al gruppo della guanina e della xantina. Non si deve quindi considerare il punto di vista chimico della uremia soltanto sulla importanza dell'urea, e dell'acido urico, ma bensì di queste sostanze.

Litten. Il fenomeno della reazione pupillare in questi casi fu anzitutto rettamente interpretato da Gräefe il quale distinse sulla loro importanza diversa l'amaurosi uremica dall'amaurosi scarlattinosa. Nella amaurosi scarlattinosa osservò egli persistente la reazione pupillare che manca nell'amaurosi uremica. Può però dimostrarsi che talora il

fenomeno della reazione pupillare esisteva nell'amaurosi uremica da nefriti primitive.

Leyden. Dice di appoggiare il concetto di Becker sulla causa della uremia quantunque la teoria meccanica dell'uremia ed amaurosi non abbia trovata molta buona accoglienza. Secondo il Leyden la teoria meccanica ha buoni fondamenti non nel senso che i fenomeni uremici si dimostrino principalmente coll'edema cerebrale, bensì che questo edema può formare un sintomo dell'uremia medesima. I fenomeni uremici avvengono colla interruzione della secrezione urinaria, e qui dobbiamo distinguere due conseguenze, cioè la ritenzione d'acqua e la ritenzione di sottanze chimiche.

Crede che l'una apporti a fenomeni di intossicazione e che le sostanze chimiche capaci di questa intossicazione variino nelle condizioni patologiche. L'altra poi conduce a trasudamenti sierosi i quali possono avvenire nel cervello, e notisi queste trasudazioni sierose, sono accompagnate ad eliminazione di sostanze chimiche accumulate nel sangue. Voi trovate infatti l'edema polmonare in questi casi ricchissimo d'urea. E che i fenomeni uremici possono coincidere coll'edema del cervello lo si prova anche colla concomitanza di comparsa di edemi al viso, ed alle congiuntive. Anatomicamente si sa che l'edema cerebrale non è costante. Leyden ricorda un'altro fenomeno dell'uremia la *emiplegia uremica.* Pätsch ne descrisse 2 casi. Una emiplegia nel decorso di una nefrite non autorizza la diagnosi di emorragia cerebrale, bensì può essere data dall'edema che è reperibile alcune volte al reperto ma non sempre. Anche per questi fatti Leyden crede che l'edema cerebrale abbia una grande importanza nei fenomeni uremici.

Lustig. Appoggia il concetto delle cause tossiche della uremia quindi anche dell'amaurosi uremica. Rammenta le ambliopie ed amaurosi consecutive all'uso del chinino, della nicotina, della morfina, cloralio, alcool. Hirschberg ha pubblicato un caso di amaurosi dopo somministrazione di acido salicilico. Tutti questi casi restono senza spiegazione colle teorie meccaniche. Nella scarlattina, morbillo, diabete, le amaurosi sono frequenti appunto per intossicazione da sostanze che anormalmente circolano nel sangue.

Becher. Ripete di considerare l'uremia un fatto assai complesso nè pensò mai di riporre esclusivamente i suoi fenomeni a spese di un edema cerebrale. Così pure ha pensato che il siero trasudato nel cervello deve agire in altro modo per le sostanze di ritenzione che tiene sospese. Crede che le difficoltà sul reperto dell'edema cerebrale non siano indifferenti poichè le condizioni di consistenza del cervello variano assai. Infine rammenta quei casi d'amaurosi che hanno preceduto i fenomeni uremici e che si lasciano meglio spiegare con teorie meccaniche di quello che chimiche.

XXXIV. Bernhard. — **Caso di tetano idrofobico (Tetanus hydrophobicus. Rose.**

Il caso riguarda una persona di 32 anni alla quale nell' ottobre u. a. venne estirpato un tumoretto cutaneo che aveva sede all'angolo esterno dell'occhio sinistro. Guarigione perfetta della ferita. Il 22 ottobre il paziente provò difficoltà ad aprire la bocca. Il medico pensò ciò potesse riferirsi ad una leggera tumefazione della faccia consecutiva all'operazione. Intanto compajono dolori al petto ed al dorso. Il 29 ottobre viene consultato Bernhardt. Egli trova trismo e paralisi completa a sinistra nel campo del facciale, difficoltà ad inghiottire, impossibilità di aprire la mandibola, però l' irritabilità elettrica uguale nei muscoli di destra e di sinistra. L'irritabilità galvanica diretta del muscolo frontale mostrò quella reazione particolare, che gli elettroterapisti chiamano reazione parziale da degenerazione. Nessuna paralisi della estremità. Il primo novembre il paziente era sempre in queste identiche condizioni. Il 2 novembre muore dopo un'accesso di crampi generali.

Questo complesso fenomenico coincide secondo Bernhardt col casi di Rose di *vero tetano*, consecutivo a lesioni nel distretto dei nervi cerebrali, sono caratteristici di questa forma i crampi nei muscoli faringei i quali potrebbero far confondere questa malattia coll'*idrofobia*.

Rose anzi previde che si sarà trattato di simili casi quando parecchi medici vollero identificare la idrofobia col tetano.

Ma nei casi di tetano con apparenze di idrofobia ciò che havvi di costante è la paralisi del facciale dal medesimo lato della ferita, paralisi che Rose ascrive a lesioni periferiche del nervo.

La letteratura possiede 8 casi di questa forma singolare di tetano. La malattia in generale invade 8 giorni dopo il traumatismo. In 7 casi la paralisi del facciale si stabilì dallo stessolato dove avvenne la ferita. Molto interessante è il fenomeno della rigidezza muscolare dei muscoli paralizzati.

Chiede se la prognosi di questo tetano sia assolutamente letale. Non gli sembra poichè su 8 casi conosciuti, 3 guarirono ed insieme guarì la paralisi del facciale. In 4 casi fu fatto il reperto. Ma il reperto non diede risultati caratteristici.

Discussione.

Gueterbock. Comunica anzitutto un caso molto analogo a quello di Bernhardt.

Trattavasi di una paralisi facciale destra con trisma consecutivi ad una ferita accidentale della faccia, 6, 7 giorni dopo il paziente avvertì difficoltà ad aprire la bocca, e si notò irregolarità nella espressione della sua fisonomia. (Paralisi del 7.°). Il dott. Remak constatò un trisma evidente, con paralisi periferica del facciale. Il trattamento elettrico non migliorò punto l'affezione, l' ammalato fu allora mandato nella Clinica privata di Gueterbock. Quivi il decorso si fece progressivo, comparve febbre, ed accessi tetanici a forma di opistotono. Il paziente morì di

asfissia durante un'accesso tetanico essendo riusciti inutili i mezzi terapeutici. (Cloralio, morfina,ecc.).

Anche nel caso di Gueterbock esisteva in alto grado lo spasmo faringeo. Eppure non era possibile nessun sospetto di idrofobia. Crede assai infelice l'espressione di *tetano idrofobico* e di tetano del capo.

I casi fin oggi posseduti dalla letteratura di questa forma tetanica sono 9 e dominano ancora molte lacune intorno alla fenomenologia di questa malattia. Infatti in generale non si è stabilito se i fenomeni paralitici nel distretto del facciale precedono il trismo o viceversa. L'Autore ricorda la poca frequenza colla quale le ferite del capo dànno luogo al tetano comune e lo desume da molte statistiche che espone in dettaglio.

L'anatomia patologica nel caso di Gueterbock diede risultati poco soddisfacenti.

Al punto ferito non esisteva nessuna alterazione all'infuori di una cicatrice regolare, il cervello macroscopicamente normale, presentava un certo grado di iperemia venosa; così il 7.° pajo non mostrò alterazioni nutritive nel suo decorso.

Leyden. Intorno ai rapporti fra le paralisi del 7.° ed i disordini di deglutizione, rammenta come nelle malattie del midollo allungato si presenti di frequente questa concomitanza fenomenica. Si tratta per lo più di paralisi dei muscoli faringei la quale però non è sempre proporzionale alla gravità della alterazione anatomica, ed è fenomeno comune nelle così dette paralisi bulbari.

Domanda agli autori se hanno creduto di poter pensare nei loro casi alla possibilità di una idrofobia spontanea.

Bernhard. Nei casi di lesioni bulbari i fenomeni faringei sono paralitici anzichè irritativi, il che è appunto del tetano idrofobico. L'idrofobia spontanea è ammissibile. Si tratta di persone che senza il menomo contatto con cani divennero tristi, presentarono un grado straziante di angoscia, ed erano impossibilitati alla deglutizione. Anzi vi furono casi di morte in questo stato, senza che l'anatomia patologica spiegasse quel complesso fenomenico. Questa forma è propria specialmente di persone isteriche.

Riguardo alla natura del tetano idrofobico Bernhardt la crede infettiva analogamente alla idrofobia.

XXXV. Kempner. — **L'arsenico nella cura della tisi.**

È da molto tempo conosciuta nella medicina l'azione delle grandi dosi d'arsenico sul ricambio materiale, e fin d'allora si tentò di usufruire questa sostanza somministrata a dosi terapeutiche per influire sulla nutrizione degli organismi. Epperò si introdusse l'arsenico nella cura delle neurosi, delle dermatosi, della malaria, della sifilide, del diabete. Ne è fuor di proposito l'ammettere che anche anticamente i medici tentassero di giovarsi dell'arsenico nella cura della tisi: però

non pare i risultati corrispondessero se si deve giudicare dalla dimenticanza alla quale fu condannato. Buchner lo introdusse a di nostri con tali elogi da accreditarlo e generalizzarne l'uso. E qui l'Autore ricorda le azioni principali dell'acido arsenioso, la sua influenza locale sui tessuti, il suo assorbimento, la sua diffusione nell'organismo, quindi la sua presenza nelle ossa e nell'uovo, la sua eliminazione per le vie renali, biliari, intestinali e polmonari. Rammenta pure i fenomeni dell'arsenicismo cronico, la sua diffusione nelle abitudini di certi popoli, l'arseniofagismo, il suo impiego come mezzo cosmetico. E ricorda gli studii recenti sull'azione fisiologica generale dell'arsenico, i lavori di Lesser e quelli di Gaethgens, di Kossel, di Sklareck, di Vaudrey e di altri.

L'Autore si ferma specialmente a determinare i particolari dell'azione dell'arsenico sui processi nutritivi e sulla sua influenza tonica stimolante sugli elementi dei tessuti e ciò secondo le recenti teorie di Buchner. E questo sarebbe il campo vero dell'azione terapica dell'arsenico. Ciò specialmente nelle malattie infettive nelle quali i tessuti vengono invasi da organismi parassitarii che tendono alla distruzione degli elementi staminali dei medesimi, alterandone gradatamente la nutrizione normale o sopprimendola affatto. La terapia ha secondo Buchner tre vie possibili nella cura delle malattie infettive. La 1.ª quella dell'adattamento dell'organismo all'infezione stessa a mezzo della inoculazione profilattica, la 2.ª tendente alla distruzione degli organismi parassitarii per mezzo degli antisettici, la 3.ª dello stimolare i tessuti alla resistenza, aumentando la nutrizione dei medesimi, atta a riparare i danni prodotti dalla infezione. L'Autore vede nei processi infiammatori destati dalla presenza di questi organismi inferiori nei tessuti, altrettanti atti di resistenza dell'organismo vivente al progredire delle infezioni e considera quale una lotta d'esistenza quella che gli elementi normali sostengono di fronte agli elementi parassitarii. Lotta nella quale gli organismi hanno d'uopo d'esuberanza di mezzi nutritivi. Crede poco all'avvenire dell'antisepsi nelle infezioni costituzionali, e si attenda assai di più dal miglioramento nei mezzi di resistenza dei tessuti.

Considera quindi l'arsenico quale mezzo utile per aumentare la nutrizione locale nei tessuti, per portarvi anzi una vera infiammazione benefica se regolata entro corti limiti. Fosforo ed antimonio posseggono la medesima azione in questo senso dell'arsenico, ma su questi non può per ora dire nulla per mancanza di dati sperimentali.

Esso crede che l'azione benefica dell'arsenico nella tisi sia dovuta alla irritazione nutritiva degli elementi del tessuto polmonare, e perciò crede se ne abbiano vantaggi. 1.° Nei casi di disposizione alla tisi. 2.° In casi di processi tubercolari localizzati, nel qual caso egli si attende anche la guarigione. 3.° Nei casi gravi di tisi polmonare nei

quali crede possa attendersi miglioramento nelle condizioni generali e locali.

L'Autore rigetta come irrazionale l'impiego della soluzione del Fowler e prescrive invece una soluzione al 1 : 2000 di acido arsenioso che somministra col latte, col brodo, ecc. Questa soluzione diluitissima è facilmente assorbita sfuggendo al pericolo dell'azione locale.

Per la stessa ragione pone in guardia contro l'impiego dell'arsenico in forma solida, in polveri o pillole. Così crede superfluo e senza scopo l'uso dell'aumento progressivo della dose, perciò ne dà 2 milligrammi ossia 4 c.c. della suddetta soluzione, per un mese o due ed allora solo aumenta fino a 5 milligrammi.

Buchner parla nel suo libro delle azioni secondarie nocive dell'arsenico e del modo di ovviarvi. Così i fenomeni di irritazione intestinale richiedono delle piccole dosi d'oppio, e l'irritazione bronchiale, la tosse più molesta e l'aumento nella eccitabilità nervosa possono richiedere la sospensione temporanea della cura. Nel libro di Buchner si riferiscono 6 casi nei quali l'arsenico prestò reali servigi nella tisi conclamata, poichè scomparvero i sudori, si moderò la febbre, l'affanno, la tosse, migliorò l'appetito. Kempner ha impiegato l'arsenico nei tisici colle norme insegnate da Buchner e sebbene teoricamente non si allontanò nella spiegazione degli effetti, pure le differenze emergono notevoli massime nei risultati.

Buchner attende dall'arsenico un'azione locale sul polmone, poichè considera la tisi una malattia locale del polmone. Ma ciò non è secondo Kempner, poichè è da tempo noto che la gravità del processo tisiogeno non è proporzionale all'estensione del processo pneumonico. Si hanno tisici con gravi distruzioni polmonari i quali conservano delle buone condizioni generali e viceversa si hanno tisici che soggiacciono a lesioni polmonari assai circoscritte. Le migliaja di tisici che giornalmente vanno a morte, subiscono in generale i gravi effetti del processo tisiogeno costituzionale. E la scoperta del bacillo nel sangue e nei tessuti all'infuori del polmone, ed i fenomeni della tubercolosi miliare attestano che noi abbiamo dinnanzi una malattia d'infezione generale e non locale. Buchner attende dall'arsenico un'azione locale-tonica, stimolante, riparatrice sugli elementi del tessuto polmonare, Kempner invece vede nell'arsenico una sostanza attiva sull'infezione generale, quindi miglioramento nei fenomeni di marasmo cessazione dei sudori, comparsa dell'appetito, ecc.

I risultati quindi attesi da Kempner differiscano dall'obbiettivo predominante di Buchner che è la lesione locale. — Ed infatti i primi fenomeni dell'azione dell'arsenico sono generali, e gli accessi febbrili, e lo stato delle forze, e le nutrizioni migliorate sono fenomeni che precedono ogni miglioramento locale anzi spesso non si accompagnano punto a quest'ultimo. Così dicasi della cessazione dei sudori, del miglioramento dell'appetito. Per tutto ciò che riguarda quest'azione generale

dell'arsenico, Kempner conferma pienamente i risultati di Buchner. Anche nella pratica privata l'arsenico è preso volentieri, ed i risultati suddetti ottengonsi nei casi i più gravi colle lesioni locali più significanti. Non può dir nulla sull'impiego dell'arsenico come profilattico. Non vide fenomeni d'intolleranza e tutt'al più una diarrea leggera che cessa al cessare dall'impiego dell'arsenico per qualche giorno. Vide singolarmente diminuita la disposizione e frequenza alle emorragie dei tisici.

Stintzing nel 1883 nella Clinica di Monaco curò 22 ammalati di tisi col metodo di Buchner. Questo Autore va d'accordo con Kempner nell'ammettere che un'azione locale dell'arsenico sul processo polmonare non è dimostrabile. Ma le conclusioni di Stintzing si allontanano assai da quella degli Autori or ora ricordati poichè egli non ammette nell'arsenico un'attività generale sull'organismo, non crede ad un miglioramento sicuro nei fenomeni di febbre, marasmo, abbattimento di forze, ecc. Perciò Kempner pensa alle cause per le quali i risultati di Stitzing differiscono sì essenzialmente dai suoi e da quelli di Buchner, e le trova in ciò che quest'Autore non s'attenne alla forma esatta di somministrazione dell'arsenico insegnata da Buchner. Lindner poi ha confermato pienamente i risultati di Kempner e Zadek ha recentemente fatto 16 osservazioni della durata di 6, 8 mesi.

Secondo Zadek la reazione verso l'arsenico è assai varia: vi sono dei casi in cui a dosi minime (in 1 caso 0,003) provoca fenomeni di irritazione (vomito, tosse) in altri casi dopo parecchie settimane produce diarrea, irritazioni delle prime vie digerenti.

Zadek somministra l'arsenico a dosi crescenti per 4 settimane, poi fa delle pause di 14 giorni, indi rinnova la somministrazione per altri 14 e così di seguito. Nei bambini arriva alla dose di 0,001 al giorno, negli adulti è giunto fino alla dose di 0,016 nelle 24 ore.

Un paziente consumò grammi 1,50 d'acido arsenioso in 7 mesi. Zadek non potè osservare influenza alcuna dell'arsenico sul processo polmonare. Solo in un caso scomparvero fenomeni di bronchite capillare all'apice consecutiva ad emoptoe.

Le modificazioni più rilevanti e rapide si osservarono da parte dell'appetito, della nutrizione generale, dell'aumento di peso: in un solo caso nel quale il processo tubercolare decorse con gravi fenomeni laringei, non si osservò questo effetto generale dell'arsenico. L'aumento del peso dei pazienti oscillò da 1[2 chilogrammo a 7 chilogrammi in 2, 4 mesi.

Il massimo effetto sulla nutrizione si ottiene nei primi giorni nè è raro a verificarsi diminuzione di peso nei 14 giorni nei quali se ne interrompe l'uso.

Il fenomeno della tosse in generale non dimostra modificazioni: nel *minor numero* dei casi è diminuita, può anche essere esacerbata.

I pazienti febbricitanti vengono spesso liberati da questo grave sin-

toma. Così cessano i sudori notturni. L'aumento delle secrezioni intestinali e l'eccitazione dei movimenti peristaltici, avviene secondo Zadek in buon numero di casi, ma sollecito è il rimedio dell'oppio. Kempner ha usato nei tisici molti tonici e stimolanti, ma nessuno di questi ha aumentato il peso dei pazienti come l'arsenico e conclude la sua comunicazione nel seguente modo.

1.° L'arsenico dimostra una benefica influenza sulla nutrizione generale dei tisici.

2.° La forma migliore di somministrazione sembra quella indicata da Buchner.

3.° Sono controindicazioni all'uso dell'arsenico: *a*) Idiosincrasie che talora si incontrano. *b*) Grande tendenza alle emorragie. *c*) Malattie intestinali. *d*) Malattie renali che impediscono la eliminazione del veleno dall'organismo.

Discussione.

Guttmann. Prende a parlare non per asserire che l'arsenico sia senza efficacia nella cura della tisi, ma per moderare l'effetto di quelle rosee speranze sollevate dal libro di Buchner. Kempner ha già dimostrato che molti vantaggi preconizzati da Buchner non possono realizzarsi, ed in modo più reciso di Kempner afferma Guttmann che l'arsenico dimostra un'azione solo relativa nei tisici, anzi solo in un certo numero di tisici. Egli ha curato 44 tisici col metodo di Buchner ed osserva anzitutto che l'aumento del peso del corpo è un fatto tutt'altro che costante. Che poi un'influenza sul processo tisiogeno è spesso non dimostrabile. Nella maggior parte dei casi trattavasi di tisi conclamata, ma vi hanno anche parecchi casi di tisi recente nei quali l'arsenico non condusse ad alcun giovamento.

Egli osservò giornalmente le oscillazioni nel peso del corpo, il decorso della temperatura, i fenomeni obiettivi del polmone, le azioni secondarie sullo stomaco ed i fenomeni di intolleranza.

L'aumento del peso del corpo si verificò in 14 casi dei quali 12 già nella prima settimana, 2 nella seconda. Si verificò anche in tisici febbricitanti e l'aumento fu nelle proporzioni seguenti: 1 caso 5,500 gr. 2 casi 2,300 gr. 4 casi 2,000 gr. 2 casi 1,000 gr. 4 casi sotto 1 chilogr. nelle prime 2, 3 settimane di cura.

Proseguendo la cura arsenicale il peso del corpo oscillò in più ed in meno fino alla fine del trattamento, ed il risultato definitivo fu il seguente. Il peso era aumentato in 1 caso 4,500 grammi
3 casi 3,000 grammi
3 casi 2,000 grammi
4 casi 1,500 grammi
2 casi 1,000 grammi
1 caso 0,500 grammi

lasciato l'impiego dell'arsenico, il peso del corpo solo in due casi continuò a salire, negli altri cadde e solo raramente si mantenne qualche tempo costante.

Ma di fronte a questi 14 casi ve n'hanno 19 nei quali il peso del corpo presentò una diminuzione ad onta della cura arsenicale. Vi fu un caso nel quale la perdita del peso raggiunse 6 chilogrammi, il minimo poi 1 chilogrammo.

In quanto all'azione sulla temperatura Guttmann la nega affatto. Ciò anche nei casi nei quali la febbre ha un tipo caratteristico di febbre consuntiva. In un caso ha studiato il decorso della temperatura per 8 mesi prima, durante e dopo la cura arsenicale e ne presenta i tracciati. Anche nel periodo della cura le medesime escursioni e differenze fra la temperatura mattutina e serotina.

Anche l'influenza sul processo polmonare nega completamente, ed il progredire del processo febbrile concorda con questo fatto.

In quanto all'azione sull'appetito questa in generale verificasi ma non è costante. Vi hanno anzi dei casi in cui l'appetito diminuì durante la cura arsenicale fatta rigorosamente col metodo di Buchner. Vi furono spesso fenomeni di intolleranza dell'organismo, come dolori di capo, vertigini, coliche intestinali, dolori di stomaco, salivazione.

L'Autore dubita assai dell'attività dell'arsenico come mezzo ad aumentare la resistenza dei tessuti, o limitare quindi la invasione dei bacilli. Anche come profilattico non si aspetta grandi risultati dall'arsenico. Ricorda come i lavoratori in terreni arsenicali vadano generalmente immuni dalla tisi, ma vi hanno animali specialmente di specie bovina, che soggiacciono alla tisi anche nelle atmosfere arsenicali.

Johne di Dresda comunica che a Freiberger vi hanno luoghi nei quali presso le miniere abbondano vapori carichi di acido arsenioso, eppure colà i buoi addetti a quei lavori vi muojono in gran numero tubercolosi.

Non crede l'acido arsenioso capace a dosi terapiche di distruggere i bacilli tubercolosi, propone di prendere sputi diseccati, trattarli coll'acido arsenioso e farli così inalare ad animali.

Fraentzel. È sempre difficile discutere in questioni terapeutiche, poichè l'esperimento sembra distruggere l'esperimento, e chi ascolta non sa così presto trovare le fonti dell'errore.

Dopo che la terapeutica delle inalazioni naufragò completamente nelle stesse mani del Koch che tentò per primo questa via di guarigione della tisi, noi dobbiamo cercare altre vie per agire sull'elemento infettante della tubercolosi.

Ed il metodo razionale suggerisce la ricerca di mezzi attivi sulle culture dei bacilli cosa fatta da Fraentzel, poichè una sostanza inattiva sui medesimi non può invero promettere di essere un agente terapeutico utile nella cura della tubercolosi. Tale è l'arsenico.

Fraentzel, fino dal 1877 si occupò della terapia della tisi coll'arsenico e fin d'allora si convinse dell'inefficacia della sostanza. Ora egli ripetè le prove nell'Ospedale della Carità dopo che si risollevò dalla dimenticanza la cura arsenicale nella tisi e fece osservazioni in 59 casi.

Per Fraentzel una prima influenza grave dell' arsenico è quella sugli organi digerenti. Diffida che gli aumenti di peso degli ammalati sottoposti alla cura, siano proprio ad attribuirsi alla sola azione del medicamento. Egli non vide mai un' influenza dell' arsenico sul processo polmonare. Invece egli raccomanda nuovamente il trattamento da tempo proposto del *creosoto*.

Lublinscki. Ricorda l'impiego dell'arsenico nelle malattie polmonali preconizzato da Dioscoride, risollevato nel secolo XVI da Weith ed in questo secolo da Harless, Trousseau e Pidoux, Gueneau de Mussy, Jaccoud poi da Buchner ed Isnard.

Lublinscki ha impiegato l' arsenico sulla cura della clorosi, degli stati così detti nervosi, e spesso con buoni risultati.

Lo ha provato in 69 tisici in diverse condizioni generali e locali quali: 1.° semplici catarri degli apici polmonari, 2.° focolai tubercolari con o senza febbre e distruzione del tessuto polmonare, 3.° stati, colliquativi e tisi generale della laringe, intestino, reni. Il preparato usato fu la soluzione del Fowler in compagnia di una sostanza tonica e stomatica. Ciò in 23 casi. Il rimanente li trattò colla medicazione prescritta da Buchner.

I risultati non differiscono coi due metodi. In generale somministrò l'arsenico per 7, 8 settimane, in qualche caso per 3 mesi. Il medicamento veniva sospeso solo quando avvenivano fenomeni secondarj, cosa facile e frequente ad avverarsi nei pazienti della 3.ª categoria.

Il trattamento non modifica punto il processo locale polmonare, nè la respirazione, nè il polso, nè la temperatura: solo il peso del corpo ne dimostra la influenza.

Negli ammalati della 1.ª categoria il peso del corpo aumentò in 5 casi, rimase press'a poco uguale in 14. In quelli della 2.ª aumentò in 8 casi, viceversa diminuì in 32. Nella 3.ª categoria di tisici mai si osservò un aumento nel peso del corpo. Gli aumenti oscillarono da 500 grammi a 1500 grammi, le diminuzioni da 2 chilogr. a 6. Anche i sudori seguirono l'andamento del peso del corpo.

Poca influenza sull'appetito, però facili ad evitarsi i disordini gastro-intestinali coll'impiego attento del rimedio.

Ma gli aumenti di peso nei tisici sono realmente dovuti all'arsenico? L'Autore ha trattato molti tisici con altre sostanze di azione tonica e ne ottenne lo stesso risultato. Bisogna considerare che i tisici che entrano negli ospedali sono delle infime classi sociali e sofferenti di insufficienza nutritiva, onde l' aumento del peso può ben essere determinato dalla somministrazione d'un vitto più nutriente e confacente al loro stato.

L'azione antiparassitaria, antisettica dell' arsenico è nota da antico tempo poichè se ne parla nientemeno che in un libro di Nicolò Myrepsus, però non è costante (Boehm-Johannsohn) ed i fermenti in generale sono poco influenzati. Sul bacillo delle tubercolosi è poi affatto inattivo l'arsenico.

L'arsenico non può essere un medicamento antitubercoloso. I medici degli antichi tempi videro già frequenti le ulcerazioni del naso e della laringe, le idropisie, la tisi nei lavoratori in miniere arsenicali. Esso fu molte volte sugli altari ma ricadde assai presto nella polvere. Ricorda le teorie di Lefébure sulla cura dell'arsenico nella *diatesi cancerosa. Quanti disinganni!*

Karenscki. Racconta un caso molto adatto a dimostrare la nessuna attività dell'arsenico nella cura preventiva della tisi.

Si tratta di una donna di 43 anni che presenta dei linfomi maligni che vennero trattati con injezioni parenchimatose di soluzione del Fowler (da 1 goccia a 10 goccie) e coll'uso interno della stessa sostanza. La soluzione del Fowler provocò disordini gastrici e fu sospesa. I tumori intanto andarono scomparendo si continuò nell'uso interno dell'acido arsenioso con chinino sotto forma pillolare, 0006 nelle 24 ore.

L'effetto corrispose tanto per lo stato generale quanto per la guarigione perfetta dei tumori. Ma l'inferma aveva oltre di ciò un catarro bronchiale che noi sospettammo mantenuto da tumefazione delle ghiandole bronchiali. Nulla all'esame fisico del torace.

Sospesa la cura arsenicale i linfomi ritornarono a comparire e la cura arsenicale fu ripresa col metodo di Buchner.

La protratta cura arsenicale non impedì lo stabilirsi di una infiltrazione tubercolosa degli apici con rapida distruzione di tessuto polmonare, e la fine in una tisi galoppante. Ecco un caso che dimostra quanto possa attendersi da una protratta cura profilattica dell'arsenico nella tisi.

Thilenius. Da 20 anni adopera nei tisici delle pillole di arseniato di potassa e di soda in dose di 0,001 totale 0,003 nelle 24 ore.

Non ne vide alcun effetto sul processo polmonare, bensì sullo stato generale. Dove vide migliori risultati, è dove esistevano fenomeni da parte del sistema nervoso come cardiopalmo nervoso, dispnea, stati neurotici, neuralgie. Ed in questi casi si dichiara contento dell'arsenico. Il cardiopalmo, l'agitazione, la dispnea dei tisici vide spesso notevolmente migliorati. Non crede che l'arsenico apporti aumento dell'appetito per stimolazione nelle funzioni gastriche, ma lo crede effetto di una irritazione della mucosa che facilmente trapassa in condizioni patologiche. Lo crede utile nel cardiopalmo e nei fenomeni della clorosi. Non lo crede punto un antitubercoloso bensì un mezzo sintomatico talora utile anche nei fenomeni febbrili.

Leyden. Ha usato da molto tempo l'arsenico nella cura della tisi, prima e dopo la pubblicazione di Buchner. Ha curato con questo metodo dei tisici nella Clinica, e nella clientela privata.

Egli ha dovuto concludere che l'arsenico non possiede *alcun valore reale* nella cura della tisi. Egli si trova assai d'accordo con Stintzing e sebbene Buchner rimproveri a quest'ultimo di non essersi attenuto

al suo metodo, non crede l'attività d'un rimedio possa dipendere da queste formalità.

Leyden non è favorevole all'impiego dell'arsenico nella terapia delle malattie interne. Anche nelle febbri malariche lo ha impiegato senza vederne i trionfi portati innanzi da Buchner.

E tutto ciò che secondo Leyden può concludersi dalla attuale discussione si è che l'arsenico non possiede alcuna azione sui processi tubercolari, poichè egli non manifesta in atto quelle proprietà fortificanti dei tessuti teoricamente viste da Buchner.

Anche l'azione stimolante generale, l'aumento dell'appetito non è poi fatto generale e costante. Per conto suo Leyden vide molte volte gastralgie e diarree anzichè miglioramenti nelle funzioni gastriche.

Kempner. Si dichiara d'accordo con tutti nel negare all'arsenico una azione locale sui processi tubercolari. In quanto alle differenze fra i suoi risultati e quelli di Guttmann relativamente all'azione generale dell'arsenico crede che queste differenze possono dipendere da ciò che i suoi ammalati appartengono in gran parte alla pratica privata, ed in parte all'ospedale israelitico dove il trattamento è oltre ogni dire eccellente.

Del resto anche Guttmann ammette che la cura arsenicale merita ulteriori esperienze.

Risponde a Fraentzel che il Buchner col suo metodo non intese menomamente di fare dell'arsenico un mezzo antisettico nè pretese di darvi un'azione specifica sul bacillo tubercolare.

Buchner si propose di trovare un mezzo che aumenti la resistenza dell'organismo al processo tisiogeno e fin qui Kempner sottoscrive alle viste di Buchner. Besnier comunicava recentemente all'Accademia di Medicina dei risultati eccellenti ottenuti dell'arsenico nelle dermomicosi appunto seguendo le viste terapeutiche di Buchner sull'arsenico.

Kempner ritorna sulla questione degli arseniofagi che Fraentzel disse non esistevano. Ricorda le comunicazioni di Schaefer sulla esistenza degli arseniofogi a Steiedmork, nè trova antifisiologico l'ammettere che accanto all'alcoolismo, al morfinismo, vi abbia questa vecchia abitudine all'arsenico che permise ad alcuni di tollerarne fino a 450 milligrammi!...

Riguardo alla tesi sostenuta da Guttmann, della tisi dominante là dove l'aria e la vegetazione è ricca in arsenico, conviene che l'arsenico non è un antitubercoloso.

Per Kempner l'arsenico non può che aumentare la nutrizione dei tessuti e s'intende secondo quest'Autore che le condizioni non sono le migliori là dove insieme all'arsenico si respira il piombo, il rame, l'acido solforico.

In quanto al Lublinscki che ne vide solo in 8 casi buon risultati sopra 32 obietta Kempner che forse la natura del materiale di esperienza avuto da Lublinscki gli impedisce di trarre qualsiasi deduzione. Il ma-

teriale di una policlinica non si adatta a decidere questioni terapeutiche così delicate, poichè anzitutto si hanno d'innanzi persone nelle peggiori condizioni nutritive, secondariamente non si hanno garanzie che il medicamento sia preso o gettato.

Lublinscki obbietta anche che una sostanza che aumenta siffattamente il ricambio come l'arsenico è controindicata in processi consuntivi. Ma Kempner risponde di non credere definita ancora esattamente l'azione fisiologica dell'arsenico.

Risponde poi a Karenscki che una sostanza agisce in modo molto differente a seconda della dose ed a seconda della forma colla quale è introdotta nell'organismo.

Crede infine che la discussione attuale abbia concluso per istabilire la benefica influenza dell'arsenico in molti casi di tisi. Non tutti i pazienti dice Kempner possono mandarsi a passare l'inverno a Palermo o a Madera. Se noi possiamo raggiungere nella tisi un mezzo capace di migliorare l'appetito, di sostenere le forze, di arrestare la consunzione, noi provvederemo sintomaticamente alle indicazioni più dirette che questa malattia ci presenta. Noi non dobbiamo avere la pretesa di possedere dei mezzi che giovino in tutti i casi poichè allora dovremmo rinunziare alla maggior parte dei rimedii. Infatti si hanno casi di cachessia malarica, nei quali il chinino non giova, come si hanno casi di reumatismo che resistono all'acido salicilico o casi di sifilide che resistono al mercurio. Eppure sono mezzi preziosi ai quali nessun medico può rinunziare ed altrettanto dimostrasi in molte circostanze l'arsenico per la tisi.

XXXVI. Pedell. — **Artrite ed atrofia renale nel saturnismo cronico.**

In un'adunanza dello scorso anno Leyden comunicò alcuni casi di saturnismo cronico e specialmente di alcune complicanze di questa cronica cachessia cioè:

1.° Della paralisi saturnina.

2.° Dell'atrofia renale da saturnismo.

3.° Delle affezioni articolari e dei loro rapporti colla artrite. Riguardo all'atrofia cirrotica dei reni Leyden volle stabiliti dei rapporti fra la cachessia saturnina e la lesione renale. Si tratta della ordinaria atrofia granulosa del rene o sclerosi renale, la quale istologicamente dimostra un corrugamento della capsula di Malpighi, degenerazione jalina dei piccoli vasi corticali descritte da Gull e Sutton sotto il nome di fibromatosi arterio-capillare.

Leyden parlò pure delle affezioni articolari nel saturnismo, considerando ciò che può spettare ad una pura forma neuralgica, e ciò che appartiene ad una vera artrite secondo quanto sostengono gli inglesi. Leyden appoggiato al reperto ammise trattarsi di una neurosi articolare.

Pedell ritornando sull'argomento espone due osservazioni di vera *artrite urica* e *sclerosi renale* nel saturnismo cronico, appoggia quindi le viste dei medici inglesi a proposito della natura delle affezioni articolari nel saturnismo.

I. Pittore di 37 anni, ebbe il primo accesso di colica nel 1867, accesso che si ripetè l'anno seguente. Gli accessi durarono tre mesi. Nel 1881 soffrì di poliuria e durante questa malattia per la quale decombette all'Ospedale presentò una colorazione scura sull'orlo destro della lingua, e delle contrazioni. Prima del 1881 soffrì di dolori articolari. Guarito della poliuria soffrì a quando a quando dolori articolari. Nove settimane prima del suo ingresso all'Ospedale soffrì vomito e cefalea; — il vomito cessò ma la cefalea durò intermittente. Questa era per lo più frontale ma non raramente occipitale. Soffrì stitichezza, dolorabilità alla regione dello stomaco.

Il paziente è gracile, denutrito, pallido, gengive di color plumbeo, edema leggiero al viso ed alle gambe. Nulla di obiettivo al polmone.

Impulso cardiaco forte, apice al 5.° spazio ed all'esterno della mamillare, forte l'urto della punta. Toni netti il 2.° sull'aorta accentuato.

Polso pieno alle radiali, 92 per 1'.

Addome dolente alla pressione nella regione epigastrica, milza e fegato non ingrossati.

Urina 3,000 c.c. nelle 24 ore, chiara, trasparente, giallo-verdognola, peso specifico 1007, con buona quantità d'albumina e qualche globulo bianco all'esame microscopico.

All'oftalmoscopio si constata retinite albuminurica, stravasi sanguigni all'intorno della papilla.

Diagnosi. — Atrofia renale ed ipertrofia del ventricolo sinistro. Il riposo e la buona dieta agiscono favorevolmente: gli edemi scomparvero, solo le cefalee tormentarono il paziente. Ebbe epistassi.

La quantità d'urina rimase molto alta, 3,000 c. c. nelle 24 ore, peso specifico 1010-1012.

Nella notte del 28 dicembre 1883, la temperatura si innalza e l'articolazione metatarsa falangea si fa sede d'un dolore acuto. La pelle si fa rossa ed edematosa. Il 31 dicembre gli stessi fatti si verificano all'articolazione del ginocchio e si nota un legger grado di idrarto. La quantità d'urina diminuisce, gli edemi ricompajono. Nella notte del 1.° gennajo 1884 ebbe un accesso uremico della durata di 15 minuti con crampi ai muscoli del viso, del collo, del dorso simili accessi si ripeterono sempre più frequenti nella notte e nel giorno seguente, aumontarono le contrazioni muscolari che si diffusero agli arti superiori. L'ammalato perdette la coscienza e moriva il 5 gennajo 1884 con fenomeni di coma uremico.

Reperto. — Poco di notevole nel cervello, sostanza cerebrale pallida, consistente, discreta quantità di liquido nel cavo pericardico, con fiocchi fibrinosi recenti, ipertrofia del ventricolo sinistro del cuore, edema

polmonare, milza con capsula ingrossata di volume normale. Reni atrofici granulosi a capsula facilmente svolgibile, sostanza corticale sottile, opaca, in molti punti giallognola. Nella sostanza midollare abbondanti striature longitudinali, bianche, sottili, catarro gastrico cronicò, aorta aplasica. Nell'*articolazione del ginocchio e metatarso falangea, abbondanti depositi di urati.*

L'esame microscopico constatò atrofia glomerulare, degenerazione jalina dei piccoli vasi, *infarcimenti di urati nei canalicoli e massime nelle piramidi.*

II. Pittore, di 48 anni, ha avuto da fare per 30 anni con colori a base di piombo. Nel 1854 soffrì di debolezza paralitica al braccio destro non sa dare altri dettagli sulla sua malattia. Nel 1869-70-72 ebbe accessi gravi di colica saturnina e dolori al capo a forma di emicrania che comparivano ad intervalli di 5-6 settimane. Questi accessi cessarono improvvisamente con vomito o con sonno. Ebbe dolori *reumatici* negli ultimi anni specialmente alle articolazioni dei piedi.

Nel settembre 1882 fu morsicato da un cane e 9 giorni dopo ebbe accessi epilettiformi che si ripeterono successivamente.

14 Giorni prima del suo ingresso in Clinica (di Berlino) fu affatto impossibilitato al lavoro, gli arti inferiori non lo reggevano e fu obbligato a letto.

Stato presente. — Uomo di media statura, di buona costituzione scheletrica, ma di gracile musculatura e sottile pannicolo adiposo. Nessun evidente orlo plumbeo alle gengive. Temperatura 36°,4. Estremità e naso freddi. Pelle e mucose pallide, edema lieve degli arti inferiori. Respiro frequente, dispnoico, con tensione degli scaleni, vene del collo assai gonfie. Piccoli rantoli nell'ambito polmonare. Impulso cardiaco forte assai, percepibile dalla metà dello sterno, alla linea mamillare sinistra. Punta del cuore al 5.° spazio e leggermente all'esterno della parasternale, assai valido l'urto. Toni cardiaci netti. Tensione aumentata nelle radiali. Polso irregolare 92. Nulla di particolare all'addome. Urina 900 c.c. nelle 24 ore. Peso specifico 1017, giallognola leggermente, limpida, ricca di albumina. All'esame microscopico molti cilindri jalini.

Diagnosi. — Asma uremico, sclerosi renale con ipertrofia e dilatazione del ventricolo destro.

Injezioni sottocutanee di etere e l'uso della digitale allontanavano il pericolo imminente dell'edema polmonare.

La quantità d'urina salì a 1800 c. c. con un peso specifico di 1013-1016. Gli edemi diminuiscono, il polso si regolarizza. Ma la dispnea non diminuisce, anzi toglie affatto il sonno al paziente. Dopo 5 giorni la quantità d'urina ritorna a diminuire, gli edemi ritornano, l'azione del cuore si fa sempre più irregolare. Il paziente ha smanie, si lamenta di grave oppressione.

Il paziente soporoso muore in un accesso uremico.

Autopsia. — Nel cavo addominale e pleurico una discreta quantità di liquido rossigno, torbido. Altezza del diaframma a destra sotto l'orlo della 5.ª a sinistra della 6.ª costola. Cuore aumentato di volume. Pericardite fibrinosa recente. Cavità del cuore dilatate, pareti ingrossate e muscoli papillari ipertrofici.

Polmoni permeabili. Reni granulosi con cisti sparsi di striature bianche (infarti d'urati) sostanza corticale sottile.

Grande sviluppo di gaz nella cavità intestinale mucosa con ecchimosi. Tumefazione ed arrossamento della mucosa duodenale, con ulcerazioni rotondeggianti della grandezza di 1 centesimo.

Le ulceri hanno un fondo bruno sporco, sono situate in prossimità del piloro, alcune superficiali, altre approfondansi nella sottomucosa. Nello stomaco in corrispondenza della piccola curvatura la mucosa offre un'ulcerazione larga come un pezzo da una lira alquanto irregolare a margini acuti. Pareti dello stomaco ingrossate specialmente in prossimità dell'ulcera. Fegato e milza normali.

L'articolazione metatarso-falangea sinistra mostra infiltrazioni caratteristiche di urati. L'aorta normale.

L'esame microscopico dei reni dà i risultati del precedente caso. Gli infarti urici invadono anche la sostanza interstiziale.

Garrod pel primo scoprì un rapporto fra l'artrite e l'intossicazione da piombo. Egli osservò che 1|4 dei suoi artritici erano lavoratori in piombo ed avevano mostrato altri fenomeni di intossicazione saturnina.

Garrod volle anche studiare il nesso fra intossicazione saturnina e fenomeni di artrite urica a tal uopo ricercò direttamente l'acido urico nel sangue di questi individui estraendone con salasso una quantità sufficiente a fornire 30-40 grammi di siero, che trattava con acido acetico e lasciava cristallizzare ajutando la cristallizzazione dell'acido urico a mezzo di sottili fili introdotti nel siero del sangue. Dopo 24-40 ore esaminava i fili al microscopio e vi trovava ataccati i cristalli di acido urico.

È a notarsi che nel sangue normale l'esperienza dà sempre risultato negativo, e che per ottenere la cristallizzazione del siero occorrono almeno 0,025 di acido urico su 1000 di siero.

La quantità dei cristalli dà un'idea dell'abbondanza di acido urico nel sangue. Garrod veniva alla conclusione che il sangue di questi ammalati di saturnismo è assai ricco di sali urici.

Ma in qual guisa questa intossicazione può apportare la presenza dell'acido urico nel sangue? Trattasi di una aumentata produzione di acido urico, o di una sospesa o diminuita eliminazione? Garrod parteggia per quest'ultima opinione poichè osservò la diminuzione dell'escrezione di urati in individui che introducevano quotidianamente dell'acetato di piombo nell'organismo.

Anche Dickinson trova nell'artrite urica un fatto intermedio allo satunismo ed alla atrofia renale. Questa diatesi urica è secondo Dickin-

son la causa della atrofia granulosa dei reni anzi l'atrofia granulosa può essere direttamente il risultato della diatesi urica nel saturnismo, senza le manifestazioni intermedie dell'artrite. L'alcoolismo e la diatesi urica da alcoolismo dà prevalentemente le manifestazioni artritiche, viceversa il saturnismo apporta nel maggior numero dei casi alla sclerosi renale.

Duckworth pure conobbe i rapporti fra saturnismo e diatesi urica. Nel 18 per 100 dei gottosi trovò degli ammalati di saturnismo cronico.

Anche in Francia questi rapporti patologici furono ammessi da Tanquerel des Planches, da Charcot e Lanceraux. Il primo appoggia completamente le idee di Garrod. Lanceraux comunicò all'ultimo Congresso medico internazionale di Londra 24 casi di sclerosi renale da saturnismo. In 6 esistevano fenomeni di artrite urica.

Senator trova fra i momenti favorevoli alla diatesi urica sul saturnismo i seguenti: 1.° Diminuita secrezione urinaria. 2.° Disordini della digestione, poca solubilità dell'acido urico nel sangue. 3.° Nefrite saturnina.

Wagner trova in 15 casi di sclerosi renale saturnina 4 volte dei fenomeni artritici.

Ebstein trova sopra 7 artritici 3 ammalati di saturnismo cronico.

In Germania tuttavia questa questione non fu svolta con quella ampiezza che trovò in Inghilterra. Noi riconosciamo negli inglesi le autorità migliori intorno all'argomento della diatesi urica, però non dobbiamo dimenticare di raccogliere materiali attorno a questo sempre importante argomento.

XXXVII. Behrend. — **Lichene rosso.**

Dimostra un caso di lichen rosso con una localizzazione non comune, cioè sul dorso ed alla pianta del piede, senza alcun'altra diffusione in qualsiasi punto del corpo. Contemporaneamente apparvero dolori reumatici ai piedi. Il caso è importante dal lato diagnostico. Il liquore del Fowler localizzò e circoscrisse l'estensione della malattia.

Discussione.

Lassar. L'eziologia del lichen ruber è ancora oscura, tuttavia crede possono avere una certa importanza i raffreddamenti della pelle. Ricorda un giovane il quale dopo un bagno al quale non era abituato presentò questa forma cutanea. In 5 casi questo rapporto eziologico dimostrasi con certa evidenza. Però Lassar non vuole affatto escludere la contagiosità diretta del lichen rosso. E che possa trattarsi di una forma parassitaria sembra dimostrato anche dalla terapia. Il processo di Unna è quello che offre migliori risultati, cioè la pomata al sublimato ed acido fenico. Questa medicazione diede a Lassar qualche miglioramento, mai delle vere guarigioni. L'indicazione causale sembra ottemperarsi meglio colle injezioni di arsenico.

L'infiltrazione della pelle però è vinta nel miglior modo colle inje-

zioni di pilocarpina e come mezzo sintomatico utilissimo è la proposta di Auspitz della *Chrysorobin-traumaticina* nella proporzione di 10 per 100.

Strassmann dimostra come il lichen ruber possa occorrere anche nell'età infantile. Lo vide in una ragazza di 12 anni dopo un raffreddamento. La dermatosi era accompagnata da dolori articolari ai piedi. La pomata al balsamo del Perù operò la guarigione.

XXXVIII. Croner. — **Nefrite consecutiva alla parotide epidemica.**

Nell'ottobre dello scorso anno una epidemia di parotite invadeva la città di Berlino con tale rapidità ed estensione forse mai osservata. Se la natura di questa malattia non è assolutamente accertata, tuttavia può affermarsi che anche in questo caso si tratta di una malattia infettiva. I fenomeni primarii di infezione generale, e la localizzazione secondaria dell'infezione sono a tutti noti. Non manca nessun fenomeno caratteristico delle malattie infettive. Stadio di incubazione che sembra protrarsi a 7-14 giorni, febbre prodromica, immunità della recidiva, ecco i fatti più salienti che depongono per la natura infettiva dell'affezione. Finora i soli testicoli sembrarono colle parotidi organi di localizzazione del processo infettivo. Ed oggi possiamo aggiungere che sebbene raramente anche i reni possono farsi sede del processo infettivo ciò per il caso che vado ad esporre e per quello già noto di Henoch che formano i due casi finora noti.

Nel 20 novembre 1883 ammalò un ragazzo di 6 anni di parotite, ed in 5.ª giornata i fenomeni andavano scemando quando insorge di nuovo febbre forte e tumefazione dell'altra parotide (destra). Il 4 dicembre osservasi edema palpebrale, edema delle mani e dei piedi, idrope ascite. Urina scarsa, sanguinolenta, fortemente albuminurica. Diagnosticata una nefrite si mette in opera conveniente cura, ed i fenomeni nefritici andavano già migliorando, quando il 10 dicembre la febbre si rialza, le ghiandole linfatiche dell'angolo della mandibola tumefano, l'urina ritorna sanguinolenta e con molta albumina. La scena va lentamente scomparendo, ma si rinnova il 18 dicembre. Solo alla metà del gennajo 1884 l'urina mostrò di non avere traccie d'albume, ed il paziente aumentato di forze entrò in una vera convalescenza. Quantunque non possa stabilirsi la natura dei rapporti fra la nefrite e la parotite, pure questi non possono porsi in dubbio. Come spiegare una nefrite in persona che decombe a letto, nefrite che esacerba contemporaneamente ai fenomeni locali della parotite?

Croner non dubita che presto verranno dilucitati sicuramente questi rapporti colla scoperta dell'elemento infettante.

Discussione.

Strassmann. Il fatto della metastasi è noto nelle conseguenze della parotite epidemica. Nelle donne, ad esempio, le metastasi avvengono alla mammella, come nel maschio nei testicoli. Finora credevasi che le

nefriti fossero successioni delle malattie infettive con localizzazione cutanea. Il fatto di Croner attesta la natura infettiva della parotite epidemica.

Villaret osserva che secondo Tedrenes la complicanza dell'orchite alla parotite avviene nel 26 per 100 dei casi. L'orchite è sempre preceduta da epididimite ed è generalmente unilaterale, bilaterale 3 volte in 25 osservazioni. In quanto agli esiti di questi processi si osservarono gli ammalati dopo 3 mesi. In 3 casi i testicoli erano ritornati allo stato normale, 4 volte leggermente diminuiti di volume, 8 volte diminuiti di consistenza. Uno dei pazienti che ebbe orchite doppia, vide i testicoli impicciolirsi per un certo tempo e cessare la sua potenza genitale, che si ripristinò dopo qualche mese.

Guttmann. Crede che la nefrite non sia una complicazione casuale, bensì in rapporto patogenico colla parotite.

Crede possa trattarsi anche in questo caso di micrococchi che trovano terreno favorevole di sviluppo nei reni e ne provocano l'infiammazione.

Leyden. Crede che le metastasi nei testicoli e nella mammella possono essere spiegate in modo differente di quello che quella dei reni. Per quelle poteva ancora pensarsi che l'elemento contagioso si introducesse direttamente dall'esterno per la via dell'uretra e dei dotti galattofori. È noto già che la saliva è in questi casi di parotite altamente contagiosa e capace di propagare il processo infettivo per mezzo delle mani. Ma la metastasi renale esige il trasporto dell'elemento infettante per la via del sangue.

Si danno ormai poche infezioni nelle quali non siasi osservata la possibilità della nefrite. Henoch vide la nefrite concomitare la *varicella*. Come poi succedono queste nefriti è ancora discusso.

Non è ancora accertato se in questi casi trattisi di vere micosi del rene o del trasporto di sostanze chimiche irritanti, provenienti dal focolajo principale dell'infezione.

Kalischer. Nessun dubbio ormai che la *parotite* appartenga alle malattie d'infezione. In quanto alla questione dell'immunità questa malattia comportasi molto analogamente al morbillo. Io vidi molti casi nei quali la malattia si ripetè nello stesso individuo.

Secondo Kalischer la durata dell'incubazione sarebbe di 10, 12, 14 giorni. In quanto alle metastasi vide nell'anno scorso un giovane di 18 anni il quale presentò per primo e solo fatto isolato una orchite : la credette di natura gonorroica. Ma il paziente aveva coabitato con un ragazzo che aveva parotite e più tardi egli pure fu preso da parotite.

Mühsam. Può deporre di un caso nel quale il periodo di incubazione durò 3 settimane. Ammalò cioè dopo 3 settimane che il suo fratello era risanato da parotite.

Non crede alla frequenza della immunità quale è affermata da Kalischer. Vide nell'ultima epidemia centinaja di soggetti e solo in un fan-

ciullo che aveva sofferto di parotite, 2 anni prima si rinnovò la infezione.

Meyerkoff può dare un utile ragguaglio intorno alla durata dello stadio di incubazione. Ammala un ragazzo e dopo 9 giorni la servente della famiglia. Nello stesso mentre un fanciullo assente da Berlino ritorna in famiglia e 9 giorni dopo ammala di parotite.

Benavy. Ha visto come Kalischer la orchite precedere di 3, 4 giorni la parotite.

Guttmann. Crede che anche in questa forma i micrococchi si troveranno nei reni e cita l'esempio dell'endocardite ulcerosa, la quale consente il trasporto dei medesimi nei vasi del rene sino ad occluderli.

Leyden. Crede eccezionale il reperto dei micrococchi nei reni nelle malattie infettive che non siano appunto l'endocardite nella quale i micrococchi trovansi a milioni nei grossi vasi e nel cuore e vengono trasportati come vere embolie. Anche in altre malattie infettive ei trovaronsi micrococchi nei reni ma senza nefrite. Così recentemente trovava microcchi nei reni in un caso di erisipola, ma non vi era punto di irritazione renale. Crede non ancora deciso se gli elementi infettanti cagionino realmente per azione locale la nefrite o altre circostanze vi abbiano influenza.

XXXIX. Bernharkt. — **Ancora sul tetano idrofobico.**

Un caso di tetano idrofobico che io non ricordai nella precedente comunicazione, appartiene al Kirschoff nella clinica di Quincke in Kiel. Era una donna di 52 anni, la quale fu punta nel viso da una spina; 7 giorni dopo presentò trisma, poi crampi e paralisi del facciale al nono giorno. Più tardi comparve impossibilità a deglutire ed opistotono. L'urina era leggermente albuminurica. La paralisi facciale era periferica a giudicare dalla irritabilità elettrica. L'ammalata morì in 12.ª giornata.

Al reperto si notò arrossamento congestizio del midollo allungato, il facciale era normale in tutto il suo decorso. Oggi quindi la cifra di questi casi ben accertati sale a 12. Riguardo poi all'idrofobia spontanea consultando la letteratura trova:

1.° Si danno stati di *cosidetta idrofobia spontanea* nell'uomo, che non ebbe morsicatura alcuna da cani, però venne leccato in punti della pelle escoriata da un cane nei primi stadj della rabbia. Siccome la escoriazione cutanea guarisce; così si presenta l'aspetto d'una idrofobia spontanea. Celio Aureliano racconta un caso, nel quale un cane rabbioso morse le vesti di una femmina; questa prese nella bocca il pezzo di tessuto staccato dai denti dell'animale ed avendo una escoriazione alla lingua contrasse la rabbia.

2.° Vi hanno casi di lunga incubazione della rabbia: un anno, un anno e mezzo ad esempio. Questi individui così predisposti alla idrofobia possono dopo insulti psichici, emozioni d'ogni guisa presentare accelerata quella malattia ancora in istato di incubazione e latente.

3.° Vi hanno casi nei quali, persone nervose quantunque non morsicate videro altri ad essere morsicati, o furono esse stesse perseguitate da cani rabbiosi. Ebbene la malattia potè talora comparire in simili individui ma è guaribile. Raramente essi muojono fra spasmo esofageo e stato d'angoscia.

4.° Vi hanno casi di tetano idrofobico per lesioni accidentali della faccia, massime in persone adulte, e la malattia decorre con costrizione faringea, tetano vero ed idrofobia da spasmo persistente di deglutizione.

5.° Nell'alcoolismo cronico, nell'isterismo, nell'arsenicismo cronico si può avere il complesso sintomatico del delirio psichico acuto, ed il rifiuto assoluto del cibo e bevanda fino alla morte.

6.° Vi hanno malattie cerebrali e del midollo le quali posseggono fenomeni di idrofobia. Esempio: una meningite. Il Maschka medico legale a Praga, ne osservò un caso nel quale all'autopsia trovò ecchinococchi del cervello.

Da ciò ne deriva la possibilità in persone nervose della cosidetta idrofobia spontanea. Però molti casi di apparente idrofobia spontanea appartengono ad idrofobie comunicate dal cane.

XL. Pedell. — **Caso di laringo-stenosi.**

Presenta un paziente che soffre di una rara forma di stenosi laringea. Ordinariamente queste stenosi sono d'origine sifilitica, ma nel caso presente nulla trovasi che appoggi questo concetto eziologico, invece sembra che l'attuale malattia sia seguita ad un tifo grave. È un giovanetto di 16 anni, fu operato felicemente qualche anno fa di polipi al naso.

Nel maggio 1882 ammalò di tifo del quale guarì; poco dopo s'accorse di difficoltà a respirare massime quando faceva la scala o si dava a qualche lavoro faticoso. La difficoltà ad introdurre aria crebbe progressivamente e fu portato all'ospedale. Quivi si mostrò una respirazione lenta assai profonda, accompagnata da un rumore sibilante. La parola e la voce non erano punto compromesse. All'esame laringoscopico si vide l'apertura laringea e le corde vocali normali, al di sotto di queste una stenosi della laringe con una apertura centrale della grossezza di un granello di linseme. L'aspetto della laringe ricorda quella forma che Burow nel suo atlante designa col nome di *cordite vocale ipertrofica*. Soltanto nel caso presente la stenosi giace assai più inferiormente alle corde vocali. Fu fatta la tracheotomia superiore perchè reclamata dall'insufficienza respiratoria. Si notò che la stenosi diffondevasi ai primi anelli tracheali, e si riuscì ad introdurre appena una cannula sottile e precisamente la cannula designata col N. 1 pei bambini. Gradatamente venne poi introdotta una cannula di maggior calibro fino a soggiungere la cannula attuale che il paziente porta.

Lo stato del laringe intanto è rimasto tal quale.

Discussione sul caso precedente.

Böcher. Rammenta di un caso analogo quantunque l'eziologia della stenosi fosse diversa. Era una donna di 32 anni„ la quale sino dal 14.° anno soffriva di difficoltà di respiro. Nel 1872 il disordine respiratorio aumentò intensamente. Nel 1874 la difficoltà al respiro scomparve improvvisamente senza causa nota. Ma la difficoltà di respirazione ricomparve al principio dell'anno 1875. La paziente era gravida e sgravatasi fu mandata a Berlino per la cura della malattia laringea.

La donna era magra, pallida, assai sofferente. La respirazione udibile a distanza, tosse con rumore metallico, parola evidente, non voce chiara. Abbassamento forte della laringe nell'inspirazione. Si trovò una grossa membrana sotto le corde vocali, la laringe era occlusa, l'apertura ridotta ad una piccola fessura. La membrana si approfondava nell'inspirazione.

Böcher punse la membrana ed impedì il coalito dell'incisione mediante l'introduzione giornaliera d'una siringa poi riuscì più tardi ad estrarre un pezzetto di membrana incidendola con un coltello ed estraendola colle pinzette.

La guarigione fu stabile.

Comunica pure altri casi di stenosi laringea e tracheale.

XLI. P. Guttmann. — **Caso di ernia diaframmatica.**

Dopo aver parlato di ernie diafragmatiche complete ed incomplete, congenite ed acquisite, l'Autore comunica una osservazione di ernia diafragmatica sinistra congenita in donna di 42 anni, ernia riconosciuta solo al reperto. Si pensò durante la vita alla semplice distopia del cuore, poichè il cuore faceva sentire l'urto della punta sulla parte destra del petto. Si avvertì più tardi una insufficienza mitrale con stenosi dell'ostio atrio-ventricolare sinistro ed una distopia del rene destro. Morì coi fenomeni di una cardiopatia organica.

Il polmone sinistro trovasi nella cavità toracica, ma soltanto nella parte superiore in corrispondenza della 1.ª e 2.ª costola, il polmone è assai retratto e dalla 2.ª alla 4.ª costola giace a contatto immediato dello stomaco e precisamente colla sua piccola curvatura all'interno verso la linea mediana colla maggiore curvatura all'esterno. Sulla linea mediana trovasi nella cavità toracica il colon trasverso ed alcuna anse del tenue e verso la cavità toracica sinistra trovasi il lobo sinistro del fegato. Questi organi trovaronsi nella cavità toracica sinistra passando attraverso ad una apertura congenita del diaframma, sita nella metà sinistra accanto al centro tendineo. L'apertura lascia passare 4 dita. Gli orli dell'apertura sono lisci, nessuna traccia di processi patologici. Il fegato assottigliasi in corrispondenza dell'apertura diaframmatica per la quale passa ed è aderente al diaframma con molte adesioni connettive.

Il cuore trovasi spinto nella metà destra del torace, quasi verticale,

fortemente ipertrofico: si notano nel medesimo i vizii valvolari diagnosticati in vita cioè una forte stenosi dell'ostio atrio-ventricolare sinistro, con insufficienza mitrale da degenerazione calcare della mitrale. Il polmone destro è retratto. Il rene destro è immediatamente in contatto del fegato al quale è aderente per connettivo cicatriziale.

L'Autore si diffonde sulla diagnosi della causa della distopia del cuore che riduce ai seguenti punti: 1.° il cuore può essere spostato a destra per processi patologici a sinistra (empiema-piopneumotorace) o 2.° per fatto congenito ovvero 3.° per ernie diaframmatiche.

La prima causa è facilmente diagnosticabile. L'inversione della situazione del cuore può finora riconoscersi essendo un fatto parziale di una generale inversione dei visceri. L'inversione di situazione isolata del cuore, è fatto raro assai ed in questi casi, dice l'Autore occorre sempre pensare alla possibilità dell'ernia diaframmatica sinistra.

XLII. GUTTMANN. — **Inversione viscerale.**

Nella successiva adunanza Guttmann comunica un caso di *inversione viscerale* (27 marzo 1884) di cui presenta il preparato anatomico.

Era un uomo di 62 anni, piccolo, dimagrato per malattia (tisi polmonare). Questo individuo presentò all'autopsia una inversione completa dei visceri, dei vasi, dei nervi, ecc.

Il polmone destro con due lobi, il sinistro con tre, il cuore sito da sinistra a destra, il cono arterioso a destra, l'origine delle succlavia e carotidi pure invertito, così completamente invertiti nella sede gli organi addominali.

In quanto alla diagnosi di questa inversione completa durante la vita Guttmann crede che stabilita l'inversione cardiaca si possa nel 99 per 0[0 dei casi ammettere una inversione totale dei visceri. Facile del resto è la diagnosi di inversione della milza, del fegato ed anche dello stomaco. Crede diagnosticabile anche l'inversione di sede dei due polmoni coll'ascoltazione.

XLIII. STADTHAGEN. — **Intossicazione mercuriale.**

L'avvelenamento di mercurio ha uno speciale interesse pel tossicologo e pel sifilografo. A quest'ultimo importa di distinguere quanto è dovuto ad una sifilide grave e quanto possa appartenere al mercurialismo cronico. Ed ecco qui un paziente di 27 anni, che presenta la forma più netta del mercurialismo cronico. È un fabbricante di cappelli che ebbe lunga occasione di maneggiare del mercurio che scioglieva in acqua ragia e ne usava per stropicciar le pelli di lepre. Egli fu sempre sano, proviene da genitori sani, non ebbe mai sifilide. È da qualche tempo che egli non maneggia mercurio, ma non è strano che i fenomeni di questa intossicazione, si manifestino lungo tempo dopo che vi furono contatti col metallo. (Kussmaul).

Il nostro paziente ha un pannicolo adiposo sufficientemente sviluppato, la pelle e le mucose sono assai pallide. Le gengive non si mostrano alterate, ma i denti mancano in massima parte e sono cariati. La secrezione salivare non è oggi aumentata.

Ma quello che havvi di significante è un *tremito generale* assai forte. Si osservano le quattro estremità ed una parte dei muscoli della nuca presentare dei tremiti, dei crampi e specialmente la mano ed il piede del lato destro. I muscoli del viso mostrano pure delle contrazioni spastiche specialmente quelli della bocca che è stirata da un lato. Queste contrazioni muscolari sono autonome affatto indipendenti da impulsi volontari.

Notasi però che la contrazione diminuisce quando il paziente sa di non essere osservato, anzi possono cessare affatto i movimenti muscolari spastici, che ritornano largamente in scena non appena in qualche modo la sua attenzione è richiamata ad un'oggetto, o il suo stato psichico è irritato. Perciò basta l'ingresso di una persona nella sua stanza per vederlo in preda a questi movimenti intensissimi. Nel sonno havvi perfettà immobilità muscolare. Anche la lingua è sede di questi spasmi muscolari onde la parola gli è spesso difficoltata.

Il paziente si stanca facilmente di qualsiasi movimento, la forza del braccio destro è diminuita in confronto del sinistro, così della gamba destra. L'irritabilità elettrica è normale ovunque.

I riflessi cutanei e tendinei sono notevolmente aumentati. Pupille larghe, uguali, ben reagenti alla luce. Sensibilità normale. Il fatto più significante è la irritabilità psichica del paziente, che arrossa in viso ed entra in un periodo di attivi movimenti muscolari spasmodici non appena è osservato da qualcuno.

L'esame degli organi non isvela fatti speciali.

Il paziente si lamenta di dolori al capo e di dolori a forma reumatica alla spalla destra. Ebbe nelle ultime settimane una ostinata neuralgia della 2.ª e 3.ª branca del 5.° pajo. Migliorò della neuralgia dopo una emorragia dalle gengive. Dorme bene.

Come è facile a vedere questo complesso sintomatico ha molta somiglianza colla *paralysis agitans* (il maggiore riscontro lo fornisce la irritabilità psichica ed il tremito). Ma la *paralysis agitans* è propria dell'età avanzata. Anche per questo ritiene che il caso attuale sia una forma di mercurialismo cronico.

Notisi infatti che i primi disordini di movimento rimontano al 1869, quando egli fabbricava cappelli e maneggiava mercurio. Fin d'allora le sue dita avevano dei tremiti, degli spasmi che si diffusero a tutto il braccio.

Poi comparvero le cefalee intense, le vertigini, la salivazione, la diarrea, la gengivite e stomatite mercuriale.

Nel 1880 i fenomeni aggravarono. Aveva insonnio, cardiopalmo, senso d'oppressione, capogiro, stomatite con tumefazione tale dei tessuti da

dover essere alimentato colla siringa. Nell'urina si trovò molto mercurio. Migliorò assai per congrua cura dal 1880 al 1882. Ma datosi di nuovo al lavoro si ripristinarono tali quali esistono ora le anomalie di movimento.

Lo stato attuale è quindi una vera recidiva.

È importante il fatto che il mercurio si trovò nell'urina del paziente anche 3 anni dopo che egli ne aveva abbandonato qualsiasi uso e contatto. Finora le analisi di Gorup, Kussmaul, Oberländer stavano a dimostrare che il mercurio si trova anche dopo un anno nelle urine una volta avvenuto il mercurialismo. È certo che la ritenzione del metallo negli organi e nelle ossa ha la maggiore importanza in questa eliminazione lenta e tardiva. Vojda ha visto 13 anni dopo una cura mercuriale, la comparsa di mercurio nell' urina per 4 giorni. Stadthagen, ha cercato il mercurio nell'urina e nel sudore provocato dalla pilocarpina, trattando questi prodotti con HCl e clorato di potassa, poi riscaldando sino a scolorazione e scomparsa di cloro, riducendo a piccolo volume, acidificando H^2SO4, poi filtrando, ed il filtrato sottoposto all' elettrolisi per 24 ore. La lamina d'oro posta all' elettrode negativo venne riscaldata in un tubo di vetro per distrugger l'amalgama e sublimare il Hg. Il tubetto poi veniva chiuso dopo avervi introdotto una piccola quantità di jodio.

Da 5 litri d'urina ebbe così traccia di joduro di mercurio. Nel sudore e feci, non riuscì all'Autore di mostrare il mercurio.

XLIV. Leyden. — **Sulla peritonite spontanea.**

La questione di cui l' Autore vuole occuparsi in questa comunicazione non è tanto quella della peritonite in generale, quanto della cosidetta forma spontanea o *peritonite idropatica.*

L'antica medicina non distingueva le infiammazioni dell' intestino da quelle del peritoneo. Laënnec e Broussais furono i primi a distinguere anatomicamente una infiammazione del peritoneo da quella degli intestini. E l'esperienza della autopsia dimostrò che la maggior parte delle peritoniti sono secondarie alle malattie degli organi addominali. Le perforazioni intestinali e dello stomaco, le malattie dell'intestino, dello stomaco, del fegato, della milza e specialmente degli organi genitali femminili, le lesioni primitive delle ghiandole mesenteriche sono le cause più comuni della peritonite secondaria. Ed in molti casi che clinicamente decorrono sotto l'aspetto d'una peritonite primitiva, l'anatomia patologica scopre la causa latente della peritonite sintomatica. Louis aveva già fatto questa osservazione e concluso che peritoniti primitive sono rarissime.

Ed i progressi della anatomia patologica andando più oltre, scoprendosi ogni giorno delle cause di peritonite sintomatica, creduta sin oggi primitiva, siamo giunti al punto che questa forma idiopatica di peritonite è divenuta problematica, anzi dai più, assolutamente negata, almeno in Germania.

Così si pronunziano i trattatisti più recenti, i quali dubitano anche se l'indagine più minuziosa non vale a trovare una causa della affezione, nell'ammettere una peritonite spontanea da raffreddamento: salvo il caso delle peritoniti causate da disordini di mestruazione ed in genere in relazione alle anomalie funzionali degli organi genitali femminili.

Bauer nel « Ziemmsen Handbuch » ed Eichhorst nel suo recentissimo manuale conservono appunto tale riserbo nel concedere una forma spontanea e primitiva di peritonite.

Eppure nella letteratura questa forma spontanea di peritonite ha avuto un grande sviluppo e Pietro Frank nel suo Trattato la dice epidemica in Italia.

Frank la osservò coincidere spesso col reumatismo articolare. Grisolle, Augé, Bouillaud la descrivono propria d'ogni età, sesso e costituzione. Simpson l'ammette possibile anche nella vita intra-uterina, e dice che il freddo, le contusioni dell'addome, le metastasi reumatiche, la soppressione dei mestrui ne sono le cause più frequenti.

Pujol scrive di averla osservata epidemica nell'armata francese.

Heymann, nel 1866, aggiunge dei casi per affermare l'esistenza di questa *forma spontanea ed idiopatica*, uno dei quali finì colla suppurazione. Blachez nel 1867 vuole pure aggiungere una contribuzione alla casistica della peritonite spontanea alla quale assegna quali cause principali, i raffreddamenti del corpo, la stanchezza, le fatiche psichiche. La letteratura francese ha continuato a darci ulteriori esempi di questa forma morbosa; ma di particolare interesse sono quelle osservazioni nelle quali la peritonite avvenne nel decorso di un reumatismo articolare, per metastasi al peritoneo dalle articolazioni.

Morin e Desplats comunicarono non ha molto di questi casi (« Gaz. des Hôpitaux, » 1873, N. 53). (« De la peritonite rheumatisme. In: Union med. » N. 89, 1873). In un caso comparvero i fenomeni della peritonite i quali cedettero al trattamento antiflogistico, ed ecco dopo 6 giorni manifestarsi un reumatismo articolare acuto.

Anche Andral descrive il caso di un ragazzo nel quale la peritonite comparve insieme al reumatismo.

Così nella letteratura inglese ed americana il concetto della peritonite spontanea è abbastanza accolto, in generale. Bigelow nel 1873 descrive casi di peritonite da freddo. Meade nel 1876 riparla della peritonite idiopatica, Driandt la chiama peritonite reumatica.

Leyden ha osservato due casi nella clinica di peritonite apparentemente primitiva, nei quali al reperto per quanta accuratezza siasi posta non si trovò la causa della medesima. Si trattava di donne e l'esame dell'apparato genitale, dell'ovajo, delle tube, ecc., fu assolutamente negativo.

Leyden descrive l'andamento clinico ed il reperto di questi due casi e di un terzo non seguito da morte, e conclude che non vi può essere alcun dubbio che si trattasse di una peritonite *primitiva indipendente*

da qualsiasi diffusione di processo infiammatorio degli organi addominali.

Questa peritonite spontanea sembra più frequente nelle donne e nei casi di Leyden affatto indipendente da disordini di mestruazione, processi infiammatorii dell'ovajo, della tube, ecc.

Il decorso nei primi due casi di Leyden fu rapido, la morte avvenne sotto fenomeni di colasso. Il 3.° caso presentò un decorso protratto un riassorbimento dell'essudata e guarigione.

Leyden crede che tanto in queste forme spontanee di peritonite, quanto nelle pleuriti o pericarditi primitive si abbia un'esiologia identica rappresentata dal medesimo microorganismo infettante.

Fraenkel il quale ha eseguito delle colture di microorganismi trovati negli essudati e nella sierosa dei cadaveri della clinica di Leyden darà conto delle sue osservazioni.

Leyden ha portato la sua attenzione anche sulle forme puerperali della peritonite. L'essudato di cadaveri recenti mostra numerosi micrococchi i quali hanno reazioni costanti colle sostanze coloranti. Essi hanno molti caratteri comuni ai micrococchi della peritonite spontanea soltanto che essi dimostrano una attività di nutrizione o di propagazione maggiore potendo questi attraversare gli strati muscolari del diaframma, portarsi sulla pleura diaframmatica e quivi provocare il processo infiammatorio.

Non può dare per ora altri particolari su questi micro-organismi ne vi riconobbe altre differenze fra quelli della peritonite spontanea e della puerperale.

Gli essudati in queste forme peritonitiche differiscono assai nei caratteri istologici dagli essudati delle peritoniti settiche e putride. Infatti questi ultimi non presentano una forma sola di micro-organismi, bensì molte forme diplococchi, di bacilli, disposti a filamenti ed a catena.

Non crede che la forma spontanea di peritonite suppurata abbia gli stessi momenti eziologici del reumatismo poli-articolare, e lo desume dalle proprietà degli essudati, quasi sempre sierosi nel reumatismo, spesso purulenti nella peritonite.

Volendo affrontare la questione, per qual via si faccia strada sino al peritoneo l'elemento irritante di questo processo egli crede che questo problema si presenti identico per tutte le malattie infettive.

Leyden crede che circostanze occasionali, quali un'indigestione, una stitichezza, possano favorire il passaggio di elementi parassitarii dall'intestino, per esempio, al peritoneo. La mestruazione poi figura fra le cause occasionali più frequenti di peritonite. Nella mestruazione si stabilisce una soluzione di continuo la quale può essere la via favorevole al passaggio del microrganismo ed al suo trapiantarsi nel peritoneo. Del resto il passaggio di elementi parassitarii dall'esterno al peritoneo per la via dell'utero e delle tube è un fatto facilmente comprensibile.

Riguardo alla cura noi al solito non possediamo per queste malattie infettive dei mezzi per impedire lo sviluppo dei microrganismi e per distruggerli arrivati che sieno in seno ai tessuti. Traube consigliò assai le frizioni locali coll'unguento mercuriale, senza però raggiungere risultati confortanti ed in mancanza di meglio Leyden stesso usò questa medicazione. E con questa cura avvicendaronsi le prove col ghiaccio, colle sottrazioni sanguigne locali, coll'oppio, cogli analettici, senza però uscire dai limiti di una pura terapia sintomatica. Del resto la prognosi della peritonite spontanea non può essere affatto sfavorevole. Molto peggiore pronostico hanno le peritoniti puerperali e quelle perforative.

Leyden parla della cura chirurgica della peritonite suppurativa, della paracentesi cioè come si fa nell'empiema toracico.

Crede che ogni qualvolta il processo sia di natura locale il risultato possa essere favorevole. Tanto più poi se l'ascesso peritoneale è circoscritto da processi essudativi. Fin dal secolo scorso Richter pensò alla paracentesi nella peritonite. Kaiser ha raccolti 15 casi di trattamento operativo dell'empiema addominale colla paracentesi, 7 dei quali erano di puerpere. In un caso puerperale del Kaiser stesso l'addome fu punto 6 volte in 39 giorni. L'ammalata guarì. La difficoltà maggiore nella cura chirurgica della peritonite consiste nel vuotamento perfetto e nella disinfezione della cavità. Anche la diagnosi della peritonite purulenta non è facile in principio. Per la pleura abbiamo perfino il sussidio della puntura esplorativa, ma il meteorismo ci impedisce di valerci di questa prova sul peritoneo. E se si attende che i fenomeni si facciano palesi per una forma suppurativa, ordinariamente il tempo favorevole all'operazione è passato. Raccomanda ai chirurghi lo studio di questo problema.

XLV. Fraenkel. — **Sulla peritonite puerperale.**

L'Autore in casi di peritonite, osservava negli essudati, innumerevoli micrococchi che crede gli organismi causali irritanti del processo infiammatorio nel peritoneo.

La febbre puerperale appartiene alle malattie d'infezione traumatica, e come tutte queste malattie ha la sua causa in uno speciale organismo parassitario.

Vi hanno delle infezioni evidentemente rappresentate nella loro causa da un solo organismo il quale allo stato isolato trovasi nei tessuti e negli organi ammalati, esempio: i microbi della difterite, i bacilli dell'edema maligno, i micrococchi dell'erisipola e via dicendo, ma vi hanno forme infettive nelle quali l'organismo causale è mescolato a mille altre forme parassitarie, esempio: nella setticoemia. Molto maggiore è la difficoltà di poter analizzare la natura e le proprietà dell'elemento infettante in questi ultimi casi di vere *infezioni miste*. Ciò applicasi esattamente ai *processi puerperali*. Ritraendo dalle malattie dell'appa-

recchio genitale alle quali molti elementi causali possono concorrere, può in generale stabilirsi come regola, che le infezioni miste seguono specialmente quando l'invasione dell' infezione ha luogo *dai vasi sanguigni*. Egli è che in questi casi si tratta di trombi in disfacimento i quali trasportano il virus in diversi punti del corpo, ma insieme al virus specifico trasportano molti altri microorganismi. Ciò verificasi ad esempio, nelle forme puerperali quando ha luogo una pleurite putrida.

Molte forme infettive miste esistono all' infuori della forma puerperale. Un caso tipico osservava in Clinica in uomo di 52 anni sofferente di cangrena polmonare, il quale improvvisamente mostrò un ascesso articolare all'articolazione scapolo-omerale.

Dal medesimo con tutte le cautele antisettiche si toglie un po' di pus, il quale sorprese per l'odore altamente putrido. L'esame microscopico dimostrò la presenza di molte forme bacillari fra le quali quelle degli essudati pleurici purulenti.

Da due anni Ehrlich in una puerpera, morta per embolismi e parametrite suppurata, trovava degli ascessi puntiformi della pleura con innumerevoli piccoli bacilli i quali esistendo isolatamente potevano essere considerati come una coltura netta di agenti infettanti.

Invece nella milza esistevano altre forme di micrococchi. Per tutti questi casi devesi ammettere che gli emboli infettanti, trasportatori di una speciale famiglia di microrganismi possano farsi essi stessi mezzi di trasporto del di processi settici, onde forme miste di infezioni.

In altro modo si comportano quelle forme puerperali, le quali hanno diffusione all' organismo, non per la via dei vasi sanguigni, bensì per quella dei vasi linfatici. Così è del flemmone puerperale e della linfangioite. Con molta ragione Virchow la paragonava ad un flemmone erisipelatoso. Esaminando il contenuto peritoneale ed i vasi linfatici dei legamenti larghi ripieni di masse puriformi immediatamente dopo la morte, riscontransi oltre le forme cellulari note, ammassi di bacterii rotondeggianti, di press' a poco uguale forma e grossezza, così anche in questo caso può dirsi di avere una *cultura netta nel corpo umano*. Questi cocchi formano delle catene di 2, 19 millim. Il primo a descriverli in questi casi fu Waldeyer. Orth riuscì injettando questo liquido peritoneale nella cavità addominale dei conigli a provocare una malattia identica e dimostrare negli essudati inflammatorii e nel sangue degli animali le stesse forme sferiche caratteristiche.

Waldeyer ha seguiti questi organismi nel loro percorso nei linfatici del diaframma, da dove essi arrivano a provocare lo stesso processo nella sierosa pleurica. Fraenkel li dimostra nel sangue e nelle articolazioni infiammate. Epperò nel flemmone puerperale si ha una infezione pura e semplice rappresentata da un microrganismo che dalla ferita ai genitali trapassa nei linfatici, provoca il processo flemmonoso peri-ute-

rino, poi attraverso al peritoneo grande cavità linfatica, diffondesi a tutto l'organismo.

Però non credasi che le infezioni propagantesi pei vasi linfatici mantengano sempre la forma pura ed originaria.

Così è nella necrosi e suppurazione del connettivo degli organi del bacino.

La cultura dei micrococchi dai liquidi peritoneali riesce in generale senza difficoltà. Occorre naturalmente avere dei cadaveri freschi, e farsi strada al peritoneo con riguardo, in modo da potere nettamente porre un *tubetto d'aspirazione alla Koch* in contatto del liquido del quale una piccola parte si porterà sulla gelatina.

Per giungere direttamente all'essudato si incide profondamente sulla linea mediana un po' sopra della vescica e si può aspirare l'essudato a mezzo della pipetta di Pasteur.

Le colture in gelatine mostrano delle striature bianche, nelle quali si dimostrano ammassati gli organismi inferiori sferici suddescritti. La gelatina va poi sciogliendosi mano mano la coltura progredisce.

Qualche anno fa Pasteur coltivò questi stessi microbii della febbre puerperale, però non ne confermò la specificità col mezzo di infezioni artificiali. Così Duclaux scolaro di Pasteur, scrive che finora non è dimostrato il trasporto di questi organismi infettanti nei tessuti animali. Ed infatti i resultati non avvengono con grande frequenza anche injettando nell'addome dei liquidi ricavati da culture nette.

In ogni modo un numero sufficiente di risultati ottenne Fraenkel nei conigli, nelle cavie, nei topi bianchi. Le cavie poi sembrano le più insensibili a questa infezione puerperale, poichè esse non restano infettate nè per injezione sottocutanea del virus, nè per injezione peritoneale.

I sorci bianchi soggiacciono all'infezione dopo 24, 48 ore, e si trovarono gli elementi infettanti nel sangue e nella milza, ma le membrane sierose non vengono infiammate. I conigli reagiscono all'injezione sottocutanea di questi microrganismi con una elevazione fugace di temperatura, ed all'injezione venosa rispondono ordinariamente con febbre alta che dura parecchi giorni, della qual febbre possono anche risanare.

Al reperto nel caso di morte trovansi pochi organismi nel sangue, molto di più nella milza, ma le sierose sono affatto normali.

Molto più sicuramente riesce l'infezione injettando nelle pleura. In questo caso ottiensi una pleurite fibrinosa con pericardite e negli essudati trovansi i micrococchi a catena come nella peritonite umana. Molto importante è poi la virulenza di questi essudati o del sangue degli animali e se si fa in un coniglio una ferita ad un orecchio e vi si injetti una goccia di sangue o di essudato di questi cadaveri di animali, osservasi dopo 24 ore iniezione ed arrossamento e dopo 48 ore una tumefazione dell'intero orecchio. Il processo si diffonde nel modo

dell'erisipela flemmonosa, e trapassa all'intiera testa dell'animale ed all'altro orecchio, ed al collo. Talora hanno luogo dei punti circoscritti di gangrena, ovvero il processo a mo' dell'erisipola finisce colla desquammazione. Ed è sempre dimostrabile in questi casi la moltiplicazione commista degli elementi microscopici che rappresentano la causa virulenta della malattia. Questi risultati e la forma istologica dell'elemento infettante depongono per la somiglianza patologica dell'erisipola flemmonosa e del flemmone puerperale. In ambedue i casi si tratta di un elemento a forma sferica che ha per principale proprietà una rapida moltiplicazione nel tessuto connettivo. L'esperienza clinica poi ha una serie di fatti che contribuiscono a dimostrare le strette relazioni dominanti fra queste due forme morbose, ne è raro di verificare che dove vi furono casi di *erisipola flemmonosa*, là la *febbre puerperale sviluppossi a forma epidemica*. D'altra parte poi è noto che levatrici o medici che ebbero infetta una ferita del dito per esplorazione di una puerpera, soggiacciono facilmente all'erisipela. Ed oltre di ciò i neonati di questa puerpera non raramente presentano *il flemmone eresipelatoso*, con punto di partenza dal funicolo ombellicale. Ecco quindi parecchi argomenti, che stanno a deporre sulla *identità* od almeno *sulle relazioni intime* di queste due forme infettive.

Riguardo poi alle cause della unità della forma infettante, della semplicità dell'organismo che la rappresenta, quando l'infezione generale sia avvenuta per le vie linfatiche anzichè per le vie sanguigne, Fraenkel crede che la emigrazione dei microrganismi per le vie linfatiche accompagnata alla proliferazione energica dei medesimi possa spegnere ed impedire affatto in spazio così ristretto come in un piccolo vaso linfatico la proliferazione simultanea di altri elementi secondarii, per esempio, bacilli, ecc. Se, dice Fraenkel, portiamo sotto la pelle di un animale diverse forme di bacterii osserviamo che nella proliferazione una sovrabbonda, una supera le altre e quella riesce a diffondersi per la via dei vasi venosi o linfatici. È la solita lotta portata nel campo degli organismi più semplici.

Discussione:

Liman ha osservati 53 casi di peritonite, 17 in persone di sesso maschile 36 femminile, di questi 36 casi 20 consecutivi ad aborto, 16 da diverse cause.

Fra i 17 casi osservati nell'uomo figurano 2 peritoniti da caduta dall'alto e rottura dell'ileo; 9 volte da cause traumatiche locali (ferite da punta, contusioni locali con martelli, pietre, calci) 5 di questi finirono colla perforazione. Nelle donne vide 6 volte la perforazione. Le peritoniti consecutive ad aborto danno un reperto molto somigliante

Si tratta per lo più di trasporto del processo infiammatorio dagli organi genitali. La maggior parte di peritoniti da aborto hanno natura settica e seguono alla sepsi dell'utero consecutiva a manovre abortive.

(aborto criminoso), esempio: injezioni vaginali, injezioni uterine introduzione di corpi stranieri. Liman crede che queste peritoniti stiano a *provare* una provocazione dell' aborto e domanda all' esperienza dei colleghi qualche notizia intorno a questo fatto. In 8 casi di peritonite non potè trovare la causa del processo, questi casi apparteranno quindi alla forma spontanea. Dice che l' esperienza lo ha convinto della reale esistenza della forma spontanea ed idiopatica di peritonite.

Gli 8 casi da lui veduti furono mandati per la sezione all' Istituto medico-legale di Berlino per sospettato venefizio. Null' altro esisteva che una peritonite con tutte le apparenze di primitiva.

Landau. Fra 40 casi di peritonite osservati nella sua pratica, ne vide due consecutivi ad aborto, eppure non vi poteva esistere il minimo sospetto di un aborto provocato. Non è strano che una peritonite segua alla suppurazione di avanzi di placenta nell'utero.

In quanto alla questione *dei rapporti fra erisipela e febbre puerperale* dice di avere avuti nella sua pratica dei casi assai dimostrativi. Mentre una epidemia di febbre puerperale dominava a Breslau, la levatrice ammalò di resipola grave flemmonosa e molti bambini presentarono simili erisipole. Del resto i rapporti fra erisigola e febbre puerperale sono stabiliti da una vasta statistica.

L'identità poi di queste affezioni sarebbe appoggiata dalle ricerche di Koch e Fehleisen, non che di Fraenkel. Però vi hanno ancora alcune note discordanti. Ad esempio, l' infezione degli organismi della peritonite nel coniglio, da risultati assai incostanti e solo quando si applichi la sostanza infettante all'orecchio si ottiene una forma somigliante alla resipola. Ma questa resipola dell'orecchio fu provocata nel 1878 anche dal Koch e con altri organismi, anzi con veri bacilli.

L' Autore in 40 casi di peritonite ne ha osservati parecchi massime nel sesso femminile i quali mancavano affatto di cause locali. Egli è però fra quelli che credono che questi casi di cosidetta peritonite spontanea vanno ognor più scomparendo nei progressi della stessa tecnica delle autopsie la quale va trovando delle piccole circoscritte perforazioni, o delle erosioni isolate della mucosa intestinale, le quali posson o essere le vie più frequentemente aperte all'infezione peritoneale. L' Autore ricorda i processi gonorroici e leucorroici dell'utero e della tube quali cause di peritoniti.

Secondo Landau le cause della peritonite possono poi essere anche, benchè riposte in organismi inferiori, alquanto diversi. Egli crede che molte specie di microrganismi possano provocare delle peritoniti e ricorda fra gli altri i bacilli della setticoemia. Anche il decorso clinico parla secondo Landau per queste differenze patologiche della peritonite. Infatti si hanno peritoniti con febbre alta e completa, quadro flogistico; altre afebbrili vanno a morte permanendo affatto intatto il sensorio.

Attende con Leyden qualche risultato dallo svuotamento dell' essu-

dato purulento, però non si lusinga sulla facilità dei progressi su questa via. Crede che in questi casi le incisioni sole non bastino, poichè gli essudati solidi impediscono la fuoruscita del pus; raccomanda le fognature e la disinfezione del peritoneo.

Guttmann. Ha incontrato 82 casi di peritonite essudativa sopra 2533 cadaveri sezionati dal 1.° ottobre 1879 al 1.° aprile 1884, all' ospedale Moabit di Berlino. In questi 82 casi trattasi soltanto di processi *acuti* e *generali* nei quali 8 volte si incontrò la forma idiopatica ossia una peritonite diffusa essudativa, senza malattia concomitante di alcun organo contenuto nella cavità.

Guttmann descrive brevemente il reperto di questi 8 casi, 4 dei quali appartenenti al sesso maschile, 4 al femminile. In un caso nell' utero eranvi coaguli residuanti da una mestruazione, nell' ovajo sinistro un corpo luteo recente.

Era una ragazza di 16 anni. La peritonite decorse mortale in quattro giorni.

Anche in un altro caso di Guttman trattavasi di una donna di 36 anni nella quale al reperto si vide peritonite purulenta. L' utero conteneva avanzi di sangue mestruale, e nella vagina esisteva un antico catarro.

Eccezione fatta di questi due casi nessun rapporto poteva esistere fra la peritonite ed eventuali malattie degli organi addominali.

Wolf. Dice di avere descritti nel 1874 gli organismi dei quali ha parlato Fraenkel e di averli osservati non solo nella peritonite puerperale ma anche in forme pioemiche di peritonite. (« Virchow's Arch. Bd. » 81).

Oltre di ciò asserisce di avere iniettato nelle cavie il pus di queste peritoniti pioemiche e di aver visti questi animali morire con edema diffuso sottocutaneo. Vide pure questo pus provocare ascessi nei gatti.

L' Autore dice di non sapere comprendere la relazione fra la erisipola e le forme pioemiche puerperali. La risipola è un processo superficiale decorrente acutamente senza fenomeni rilevanti, eccezione fatta dalla infiltrazione abbondante di semoventi nell'acme del processo. Questi fenomeni scompajono rapidamente in 3-5 giorni. È da molto tempo che nella chirurgia si ammise il concetto della parentela stretta fra i processi erisipelatosi, la pioemia, ed i processi setticoemici. Nella epidemia di erisipola osservata nella Clinica di König nel 1869 si vide infierire accanto a quella forma infettiva la pioemia. Anzi si videro nello stesso individuo decorrere erisipola e pioemia. Ma la sintomatologia sta a dimostrare che delle differenze profonde separano i due processi, ad esempio, i brividi della pioemie non avvengono nella erisipola, cosicchè tutt' al più, secondo Wolf, si può ammettere che i micrococchi della pioemia e quelli della risipola, vivano e crescano nelle medesime condizioni, per esempio sale chirurgiche mal ventilate, ma non si può da ciò giungere ad accomunare l' eziologia di queste due

forme affatto diverse. Egli crede che differenze sostanziali separino la erisipola dai processi piemici e puerperali.

L'Autore ricorda alcune esperienze fatte nel 1869 nella Clinica di König intorno alla erisipola, nella quale circostanza dei materiali decomposti che trovavansi essicati su alcuni oggetti della Clinica gli servirono per iniezioni in animali. Tutti questi mostrarono una tipica erisipola senza ascessi nè flemmoni.

L'Autore pubblicò nel 1873 un lavoro intorno alla natura del materiale infettante nell'erisipola. (« Virchow's Archiv. » Bd. 81) i risultati non furono così esatti come i precedenti, poichè si ebbero alcune volte ascessi e processi flemmonosi. Domanda al Fraenkel, se dalla sostanza infettante della peritonite puerperale crede di avere avuto delle vere erisipole e delle pseudo-risipole. Dalle descrizioni di Fraenkel sembrerebbe si fosse trattato di pseudo-erisipole anzichè di *resipola genuina* che secondo Wolf ha una natura tutta speciale. Non ha difficoltà ad ammettere identità di forma anatomica e di decorso fra la linfangioite puerperale ed il flemmone settico. Ma non può accettare una identità di questa forma colla risipola genuina. Questa ha caratteri clinici ed anatomici speciali affatto distinti dalla pseudo-resipola o flemmone settico e dai processi puerperali.

Non crede quanto ammise Fraenkel che le forme emboliche sieno sempre infezioni miste. Ricorda l'endocardite ulcerosa la quale da trasporto ad una forma unica di microrganismi.

Israel. Crede alla possibilità del trattamento chirurgico efficace della peritonite diffusa e ciò secondo le esperienze di Keith, Spencer Wells, Peaslee. Egli ha seguito il trattamento chirurgico in due peritoniti. In un caso vi erano fenomeni di strozzamento intestinale ed esistendo un'ernia inguinale immobile si pensò alla peritonite da questa causa. Invece esisteva soltanto una peritonite generale suppurata. Lavò la cavità addominale con una soluzione di timolo dopo averla vuotata d'una buona quantità di pus. L'ammalata guarì. Nel secondo caso trattavasi d'una ragazza che ammalò coi noti fenomeni dell' ematoma retro-uterino. Improvvisamente avvennero fenomeni di peritonite. Israel punse dalla vagina con un grosso trequarti lo spazio del Douglas, vuotossi una buona quantità di essudato. La paziente guarì.

Crede sempre utile in questi casi una larga apertura delle pareti addominali, per poter allontanare con comodità i prodotti infiammatori nel miglior modo possibile. L'allontanamento di questo materiale infettante deve formare la miglior aspirazione della chirurgia.

L'Autore ha sezionato una persona morta per peritonite consecutiva a reumatismo articolare. Non potè trovare traccia di essudato nè nel peritoneo, nè nella cavità articolare.

Litten. Non è raro nel reumatismo di osservare al reperto una piccola quantità di essudato intra-articolare, ed anche l'aspetto più normale dell'articolazione, mentre durante la vita si ebbero fenomeni di

dolore e di tumefazione. Non dubita dell'esistenza di una peritonite spontanea ed idiopatica. In quanto ai rapporti fra l'erisipola ed i processi settici del peritoneo od altre infezioni, crede che queste affezioni non siano identificabili dal lato eziologico, sebbene talune apparenze cliniche potessero deporre per la loro identità. Non è raro nelle infezioni settiche peritoneali o no di osservare degli arrossamenti più o meno diffusi della pelle, con edema ed infiltrazione eppure non si tratta di erisipola genuina ma di una lesione cutanea che ha le sue cause vere nella setticoemia.

Nella Clinica di Frerichs il prof. Schroeder curava due casi di peritonite col trattamento chirurgico. Si trattava in un caso di perforazione intestinale e di peritonite suppurata. Fu aperta largamente la cavità addominale, si trovò una forma grave di peritonite, con molte aderenze, e grande quantità di pus e di masse fecali. La cavità peritoneale venne ben pulita e la paziente dopo lunga convalescenza guarì perfettamente.

Nel 2.° caso trattavasi di peritonite consecutiva ad ovariotomia. La paziente era in un ultimo grado di prostrazione, ma il trattamento non venne differito in omaggio alla massima « *remedium anceps melius quam nullum.* » Vuotato l'essudato, pulito il peritoneo la paziente non potè riaversi dell'estremo collasso.

Fraenkel avverte di non avere ammesso l'identità della causa infettiva dell'erisipola flemmonosa e della peritonite puerperale. Egli fece una pura ipotesi. Del resto la sola infezione della pelle umana coi prodotti delle colture degli essudati puerperali potrebbe decidere la questione. Ammette che il processo provocato nell'orecchio del coniglio non sta a rappresentare la specificità della sostanza infettante, poichè oltre che cogli essudati della peritonite puerperale, la medesima erisipola flemmonosa può determinarsi nella pelle dei conigli con molti altri microrganismi, per esempio, quelli della setticoemia. Il micrococco della peritonite puerperale non ha in ciò nessuna azione specifica.

Risponde a Guttmann che l'aspetto aghiforme assunto dalla moltiplicazione degli organismi inferiori nelle colture dei micrococchi della pneumonite, non verificasi per quelli della peritonite puerperale.

Risponde a Wolf insistendo nell'ammettere che la diffusione degli organismi a mezzo delle embolie può far luogo a forme infettive miste, ciò quando gli emboli sono impregnati di diverse forme bacillari come è appunto il caso negli embolismi da trombosi uterina *post partum*.

XLVI. Società per la medicina interna in Berlino. — 12.ª Adunanza del 16 novembre 1883. — Commissione per ricerche intorno alla eziologia diffusione e terapia delle malattie.

Presidenza *Leyden*. Membri nominati della Società: *Baer — Bernhardt — Blumenthal — Ewald — Fraentzel — Frerichs — S. Guttmann — Jastrowitz — Kalischer — Klaatsch — Litten — Loewen-*

stein — *Lublinscki* — *Riess* — *Strassmann* — *Thilenius* — *Wernich* — *Zander*. — Segretarii: *S. Guttmann* e *Lublinscki*.

Questa Commissione nominata dalla Società all'oggetto di promuovere indagini sulla natura e sulle diffusioni, sulle particolarità eziologiche e terapeutiche delle malattie, presenta oggi la sua relazione. In Inghilterra nel 1880 sorse sotto il nome di « *Collective Investigation of diseases* » una associazione dei medici intesa a raccogliere osservazioni sulla eziologia, sui modi di diffusione, sui rapporti individuali, sulla terapia delle malattie, sugli esiti loro in modo da costituire un abbondante materiale per lo studio di importanti questioni mediche proposte dalla Commissione centrale. Questa spedisce ai medici dei moduli speciali, perchè li riempiano e rispediscano alla Commissione suddetta. Oggidì questa associazione medica inglese conta 10,000 membri sparsi nell'Inghilterra ed Irlanda. L'utilità di questo metodo è riposta in ciò che la medicina può trarre in tal guisa conoscenza di fatti che in altro modo sarebbero andati perduti. Oltre di ciò si impedisce che l'osservazione importante fatta dal più modesto cultore della pratica e della scienza vada smarrita e non venga tenuta nel debito conto. L'associazione possiede tale abbondanza di materiali, che nessun singolo individuo potrebbe neppur aspirare ad ottenere in moltissimi anni. I progressi della scienza possono bensì compiersi negli istituti scientifici, ma oltre di ciò havvi un materiale immenso che finora come tesoro negletto restò sepolto nelle mani di distinti pratici i quali adempiendo al loro ministero con acutezza di vedute ed esattezza d'osservazioni, raggiungono spesso la conoscenza di fatti importantissimi alla scienza ed alla pratica.

Il prof. Humphry, di Londra, così raccomanda ai medici inglesi il presente lavoro:

È questa forse la sola opera che vi raccoglie tutti attorno ad una meta, è questa una via aperta alla soluzione di importanti problemi intorno alla diffusione topografica, alle cause individuali, climatiche, al decorso, alla terapeutica, alle innumerevoli vicende di una malattia.. ...

La Commissione berlinese ha un programma che si scosta alquanto da quello inglese, poichè ha ammesso per principio l'utilità di richiamare l'attenzione dei medici per una singola malattia prescegliendo appunto quelle di maggiore interesse per la società, ed in questo modo semplificando nel miglior modo possibile l'oggetto delle indagini.

La Commissione scelse per prima una malattia che ha sempre il maggiore interesse per la ognor crescente sua diffusione, per la nuova via in cui è or ora entrata la patologia colla scoperta dell'elemento infettivo, cioè la *tubercolosi*. Quali e quante questioni non s'agitano sulla eredità, sulle vie e sui modi di contagiosità della tisi, sulla curabilità della medesima? Questioni tutte nelle quali la singola osservazione del medico pratico può valere a chiarire i fatti, ad apportare validi argomenti ad una od altra ipotesi. E riguardo alla curabilità della tisi i medici pratici sono sempre i soli i veri giudici dell'utilità dei bagni,

delle medicazioni, dei luoghi climatici, poichè ad essi ritornano i pazienti e rimangono lungamente sotto la loro osservazione.

E non è forse importantissima la questione risollevata dalla scoperta di Koch, dei rapporti fra pneumonite e tisi, e della possibilità della tisi consecutiva a pneumonite? Egli è forse che nella pneumonite o dopo di questa l'organo acquista una speciale disposizione a contrarre l'infezione tubercolare?

Ma per raggiungere qualche risultato occorre estendere nel miglior modo possibile le forze della associazione allargando le indagini nelle cliniche, negli ospedali, nei luoghi di cura, negli stabilimenti d'ogni guisa, nelle società mediche provinciali, affinchè il materiale sia il più abbondante e più variato che sia possibile.

Ewald ricorda che fino nel 1878 questo metodo di ricerche generali fu introdotto in America, quando Holden spedì 500 pagelle ai più noti medici degli Stati Uniti, chiedendo « *Se la tisi fosse trasmissibile per la via delle secrezioni o delle escrezioni dall'organismo.* »

In totale 250 risposero — dei quali 126 — risposero sì — 74 no — 50 erano incerti. Fra 28 dei più celebri medici degli Stati Uniti 11 risposero sì — 12 no — 5 erano dubbii. In totale 126 sì — 74 no — 50 incerti.

Löwenstein crede poi che anche quando su una data questione rimanesse la completa incertezza, se ne avvanteggierebbe sempre la non mai abbastanza lodata pratica di porre ai medici delle questioni che interessino la loro attività, la loro attenzione, rendendoli indagatori nella cerchia delle loro osservazioni. Le osservazioni più preziose spesso stanno nascoste nelle mani di un medico isolato. Egli sa di un uomo guarito della tisi, perchè fu esaminato dal suo medico 20 anni prima e trovato tubercoloso, la madre morì già di tisi — ebbene dopo 20 anni ambidue i polmoni sono normali. — Quel medico ha una osservazione importante, alla quale anzi può aggiungere che i fratelli del guarito andarono a morte per tisi. Nè basta porre ai medici un puro questionario al quale rispondere *sì* o *no*, occorre interessarli ad esercitare la loro iniziativa, dando dei veri punti anamnestici, e di esame diretto. Roberto Koch fece la maggiore scoperta intorno alla eziologia ed alla patologia della tubercolosi, ma tutte le nubi non sono scomparse, tutte le difficoltà non sono appianate, quali e quante non sono le questioni che nei rapporti eziologici, terapeutici, profilatici, epidemiologici interessano la scienza?

In Inghilterra dove fu già fatto circolare un questionario intorno alla questione della tisi si ebbero 1028 risposte, delle quali 130 stabilirono all'evidenza la contagiosità della tisi, per il passaggio dell'infezione in famiglie affatto sane. Di più si stabilì che il trasporto esige dei contatti prolungati coi tisici, esempio, permanenza negli stessi ambienti, nello stesso letto, ecc. Quali e quante questioni sulle cause della tisi acquisita incominciando dal latte della madre tubercolosa, della

nutrice tubercolosa, nei suoi effetti sul tubo digerente, sulle ghiandole intestinali e mesenteriche, ecc.

Bockendal non crede tubercolosi in via ereditaria tutti quei tisici che ebbero la tubercolosi negli avi, nei genitori, ecc. Ciò in forza di una serie di influenze che sembrano diminuire la potenza della infezione. Ma quali sono?

Quali le cause della diffusione crescente della tisi? Quali i rapporti colla scrofolosi, colla rachitide?

Ecco il questionario da diffondersi fra i medici quale fu proposto dalla Commissione della Società di Medicina di Berlino.

Società di Medicina Interna di Berlino
Commissione per indagini scientifiche e pratiche.

I.

Tubercolosi (tisi polmonare) sotto il punto di vista dell'eredità, contagiosità, cura e derivazione dalla pneumonite genuina.

Sulle questioni che si riferiscono il suddetto argomento pregasi di dare qualche schiarimento.

(Nelle questioni le quali l'osservatore mancasse di materiali deve cancellare il quesito relativo con un tratto di penna).

Questioni generali.

Nome, cognome del paziente. — Sesso — Età — Condizioni sociali — Causa di morte degli ascendenti — Data dalla morte — Occupazioni del paziente — *a*) Prima della malattia — *b*) Durante la malattia.

Abitudini — Nutrimento — Alcoolici — Tabacco.

Nutrizione sufficiente — insufficiente. *Luogo di dimora* — *Abitazione* — Alta, bassa, asciutta, umida, ecc.

Antecedenti della famiglia del paziente.

Casi di tisi. — *Avi, padre, madre, fratelli, figli, moglie, suoceri, cognati e loro figli.*

Ebbe la madre tisi manifesta prima del matrimonio? Prima della nascita del paziente? O di quale figlio? Quanti? Quanti sani, quanti tubercolosi? Quanti morirono?

Figli del paziente. — Questioni come sopra.

Vi fu precedenza di *scrófolosi?* Quale membro della famiglia dimostrò la scrofolosi? Quale forma? (Pelle, mucose, ghiandole, articolazioni, ossa).

Storia dell'ammalato.

Costituzione. — Abito tisico — Malattie precedenti — Tempo di decorso di queste — Quando i primi segni della tisi? Dove? (Destra,

sinistra, apice, base). Quali fenomeni? (Emoptoe, tosse, fibre elastiche, bacilli). Quali i segui fisici? *Voce* e *parola*, reperto laringoscopico. — Fenomeni generali (febbre, caratteri di questa, sudori, appetito, dimagrimento). *Riassunto del decorso e del trattamento.*

Questioni speciali. — I. QUESTIONE. — *Eredità della tisi.*

1.° Vita dei genitori del paziente. Padre. Madre.
2.° Sono sani? Ammalati?
3.° Sono morti di tisi? *Si* — *no.* — *Padre* — *madre.*
4.° Quando?
5.° Soffrirono di scrofolosi — malattie ossee, articolari — polmonari (per esempio. Pneumonite — pleurite — bronchite — gangrena polmonare). Vizii di cuore, sifilide, diabete, malattie mentali.
6.° I genitori erano parenti ed in quale grado?
7.° Età del padre e madre all'epoca della nascita del paziente.
8.° Tendenza dei medesimi alle bevande alcooliche.
9.° Nacque il paziente dopo la morte del padre?

II. QUESTIONE. — *Contagiosità della tisi.*

1.° La malattia fu trasmessa? *a*) Dal marito alla moglie? *b*) Dalla moglie al marito? *c*) Quando ammalò la persona infettata? (Il decorso fu rapido o lento?) *d*) Dormirono gli sposi nella stessa stanza?
2.° L'infezione avvenne per mezzo di coabitatori? (Fanciulli, parenti, celibi). Quanto tempo rimase la persona infettante nella casa?
3.° L'infezione avvenne per coabitazione in casa di pensione, in caserme, in ospedali, in prigioni, in manicomii?
4.° L'infezione avvenne nell'abitazione? A mezzo degli abiti? Del letto? *Dettagli.* Colla alimentazione? Latte, ecc.
5.° Tempo della supposta infezione e primi fenomeni di malattia nella persona infettata.

III. QUESTIONE. — *Guarigione della tisi.*

N.B. Parlasi qui di quei casi che ebbero almeno 2 anni di decorso dai primi esordii della malattia.
1.° Quando si notò la pausa nel processo od un accenno a guarigione?
2.° E per quali cause? *a*) Miglioramento nello stato generale e nella nutrizione. *b*) Nella tosse. *c*) Nell'espettorato (fibre elastiche, bacilli). *d*) Nei fenomeni obbiettivi. *e*) Ed in qual modo?
3.° A quali influeze devesi la guarigione od il miglioramento? *a*) Influenze esteriori (abitazione, lavoro, modo di vita, influenze psichiche). *b*) Influenze terapeutiche, cure climatiche, medicamenti e quali?
4.° Propagazione della malattia ai parenti ed alle persone in contatto del paziente nel periodo del miglioramento.

5.° Quanto tempo il paziente rimase sotto l'osservazione del medico?
6.° Stato fisico locale e generale al momento attuale.

IV. Questione. — *Passaggio della pneumonite in processo tisiogeno.*

1.° Giorno di insorgenza della pneumonite. 2.° Sede. 3.° Espettorato e sue qualità. 4.° Fenomeni obbiettivi locali. 5.° Fenomeni generali — febbre — brividi. 6.° *Crisis* o *Lysis*? In qual giorno di malattia? 7.° Era l'ammalato dopo la *crisi* o *lisi* febbricitante? Quanto tempo? 8.° Fenomeni di convalescenza. 9.° Primi segni di tubercolosi. 10.° Quali.

Osservazioni generali sulle particolarità del caso.

Esempio. Il paziente a quale trattamento si sottomise dopo che fu lasciato il trattamento dianzi prescritto dal medico? Si fece curare in seguito da altri medici? ecc.

È ovvio che oltre dei suddetti punti più essenziali il medico corrispondente può entrare in maggiori particolari sul caso speciale.

L'organizzazione della corrispondenza fra i medici pratici e la Commissione della Società Medica di Berlino è la seguente.

La Commissione ha i singoli suoi membri in corrispondenza con uno dei medici più distinti di una data Provincia. Questi si incaricano della distribuzione delle tessere, del loro ritiro ogni 3 mesi e spedizione al membro corrispondente della Commissione Berlinese. Questi le rimette al Bibliotecario e quindi vengono raccolte ed ordinate e distribuite per lo studio delle questioni speciali.

Ecco un esempio del modo col quale si proceda a riempiere la tessera. Le questioni alle quali non possa darsi conveniente risposta vengono cancellate o poste fra parentesi.

N. 1. Tubercolosi polmonare studiata nei suoi rapporti coll'eredità, contagiosità, cura e derivazione della pneumonite.

Nome e cognome dell'osservatore — Dott. Fraentzel — Berlino.

Giorno dell'ultima osservazione 17 novembre 1883.

Spedita al dott. Wernich — Berlino.

N.B. Le parole fra parentesi indicano i fatti non accertati o negativi.

Questioni generali.

Generalità del paziente. Cristiano Tyrock m. *Età* 38 a. maritato. (*Causa della morte dell' altro coniuge*) (*data della morte*). *Occupazioni.* — *Indoratore.* — *Abitudini della vita.* — *Nessuna.* — *Sobrio.* — *Abituato ad alcoolici* (e tabacco). — Modo di nutrizione (sufficiente)

non sufficiente. (Prima età — madre — nutrice — latte vaccino — nutrizione artificiale). — *Dimora* — *Città grande* (piccola) — *Abitazione* (alta) *bassa* (asciutta) *umida.*

Antecedenti della famiglia.

1.° Vi hanno precedenze di tisi nella famiglia? a) *nel padre* (negli avi?) nei *fratelli* e *sorelle?* Numero dei casi *3.* Nei figli?? Numero dei casi *7.* b) nella *madre?* Nel di lei *padre?* (o madre) nei *fratelli?* Numero dei casi *5.* Nei loro figli? Numero dei casi *12.*

Era manifesta la tisi nella madre (Prima del matrimonio? Prima della nascita del paziente?) Ed a qual epoca? *7 anni dopo la nascita del paziente.* b) si manifestò in qualche fratello del paziente? Numero dei medesimi *m. 2 f. 1.* Quanto vissero? a) sani *1.* b) tubercolosi *1.* Quanti ne morirono? *2.*

Vi furono precedenze di scrofolosi? *Sì.* a) in quali membri della famiglia? *Nel paziente e nella moglie.* In qual forma? *Ghiandolare.* (Articolari — Ossea, ecc.).

Storia del paziente.

1.° Costituzione? (debole) *forte.* (Abito tisico). Quali malattie precedettero la tisi? *Scrofola* — *morbillo* — *tosse convulsiva.* (*Clorosi* — *eritema nodoso* — *infiammazioni ossee ed articolari* — *tifo*). Pneumonite, pleurite, catarri ripetuti (*sifilide* — *diabete* — *vizii del cuore*).

2.° Quando? *Scrofola* — *morbillo* — *tosse convulsiva da bambino* — *le altre malattie più tardi.*

3.° Quando si manifestarono i primi fenomeni della tisi? *5 anni fa.*

4.° Dove? *Apice destro* (*base destra* — *apice sinistra* — *base sinistra*).

5.° Quali? *Emoptoe* (asciutta) *tosse con espettorato. Abbondante* (poco mucoso) *muco purulento* — *sanguinolento* — *fibre elastiche* — *bacilli.*

6.° Segni fisici? Ottusità anteriore sopra e sotto la clavicola — ottusità sopra spinata fino alla metà della scapola — respiro bronchiale — rantoli abbondanti — grosse bolle.

7.° Parola — voce. *Nessuna modificazione* (*reperto laringoscopico*).

8.° Fenomeni generali — febbre alta (moderata, intermittente, brividi). Sudori — perdita d'appetito — dimagramento — respirazione frequente.

9.° Decorso e trattamento fino all'ultima osservazione.

I fenomeni progredirono nel polmone destro per 8 mesi con febbre alta, poi lentamente diminuirono e vi si sostituirono i fenomeni del raggrinzamento polmonare.

Guarigione della tisi.

N.B. Si parlerà soltanto di casi che ebbero 2 anni di decorso dal principio della malattia.

1.° Quando avvenne la guarigione od una tregua nel processo morboso? *Dopo un anno e mezzo circa.*

2.° Da quali motivi? Il miglioramento si fece vedere anche nello stato generale e nella nutrizione? *Sì.* Scomparve la tosse? *Sì.* L'espettorato scomparve? *Sì.* Dopo 15 giorni non si trovarono nè *bacilli*, nè *fibre elastiche.*

I fenomeni fisici si modificarono? *Sì.* In qual modo?

Tutti i fenomeni di caverne scomparvero. — La parte superiore del polmone destro è guarita — soltanto resta una respirazione bronchiale senza rantoli.

3.° A quale influenza devesi ascrivere la guarigione od il miglioramento?

a) Influenze esteriori. (Cambio di abitazione, di affari, di condizioni di vita, influenze psichiche).

b) Influenze terapeutiche. (Cure climatiche) trattamento medicamentoso e quale? *Lungo uso di creosoto — Siero di latte.*

4.° Durante questo tempo avvennero diffusioni di tisi nella famiglia? *No.*

5.° Quanto tempo rimase il paziente in osservazione? — *Circa tre anni.*

6.° Stato locale e generale al tempo dell'ultima osservazione.

Come sopra. III. Segue un II esempio.

L'iniziativa della Società Medica di Berlino fu generalmente accolta in Germania con favore. Da molti clinici e pratici si ebbero numerose comunicazioni. Ma a queste ricerche sono angusti i confini della Germania e queste indagini devono essere universali.

La *British Medical Association* trovò ben fatto il nostro questionario, ben costruite le nostre tessere. Siamo lieti che anche in Francia stia componendosi un comitato che segua il nostro esempio.

Lépine scriveva or ora nella *Revue Médicale.*

« L'utilità di queste indagini non può essere posta in dubbio, poichè ogni medico ha un campo limitato di osservazione e vi hanno problemi che devono essere considerati sotto tutti gli aspetti possibili, ed alla stregua di un numero grande di osservazioni. Louis nella sua opera sulla tisi aveva pronosticata l'importanza di queste indagini, e gli inglesi tradussero in atto e diffusero questo metodo di indagini scientifiche. I tedeschi seguono ora questa via di ricerche che è a sperarsi sia anche fra noi presto intrepresa. »

Fra noi fin dal 1868 il prof. Alfonso Corradi proponeva uno studio generale sulla tisi polmonale in Italia, una specie cioè d'*inchiesta*, la

quale, con le medesime norme, con uniforme intendimento, raccogliesse intorno alle cause, alla diffusione, ecc., del grave morbo informazioni, notizie, documenti dalle varie parti del Regno. Ma la proposta non potè aver effetto che in quest'anno per mezzo della R. Società italiana d'Igiene, la quale ai medici italiani faceva i *Quesiti per lo studio delle cause e della profilassi della tisi polmonare*, che i lettori degli *Annali* conoscono già essendo stati inseriti a pag. 435 del Vol. CCLXVII.

Le risposte ottenute dall'*inchiesta* fino a tutto il 15 luglio p. p. furono argomento di una Relazione al Congresso internazionale d'Igiene tenuto testè all'Aja; e il sunto di tale Relazione venne pur inserito in questi *Annali* nel Vol. CCLXIX, p. 284.

P. PELLACANI.

VARIETÀ

La macchina analitica del Babbage. — Anche ai medici piacerà sentire ciò che di questa meravigliosa invenzione diceva testè il nostro Ambasciatore, Generale Menabrea, all'Accademia delle Scienze di Parigi. Forse mai la mente umana si dimostrò maggiormente ingegnosa, così sottile nel dividere come sagace nel ricomporre, tanto avveduta ne'particolari quanto acuta nel dirigere questi ad un fine determinato. Nondimeno sì portentoso strumento mostra, non già il *meccanismo* dell'intelletto, bensì la potenza di esso: ch'esso strumento rimane sempre un automa; il quale, come per formarsi, per muoversi attende quella *vis*, che non è meccanico impulso, ma la *mens agitans molem.*

« Io prego l'Accademia a volermi permettere di venire qui a richiamare alla sua memoria un saggio di macchina che, or fanno molti anni, produsse una grande impressione nel mondo scientifico. La macchina a cui alludo è la macchina analitica di Carlo Babbage che vi consacrò gran parte della sua vita e quasi tutta la propria fortuna, e che morì prima di averne terminata la costruzione. La macchina analitica di cui parlo non devesi confondere con la macchina differenziale dello stesso autore, nè con altre macchine calcolatrici più o meno perfezionate. Quella di cui parlo ha un'importanza di gran lunga maggiore perchè ha lo scopo di compiere le operazioni analitiche ed aritmetiche le cui leggi le vengono tracciate e di stamparne i resultati, risparmiando quindi all'uomo il lavoro puramente meccanico richiesto da queste operazioni.

« Il momento di ricordare l'invenzione di Carlo Babbage mi pare tanto più opportuno, in quanto che tende a diffondersi sempre più l'uso delle macchine per registrare e calcolare i risultati delle osservazioni che si riferiscono alla fisica ed all'astronomia. Infatti, l'ufficio meteorologico di Londra è provvisto di una serie di ingegnosi apparecchi, di cui alcuni servono ad integrare, altri a calcolare pure le funzioni trigonometriche, e forniscono dei risultati esatti che non si potrebbero ottenere con eguale rapidità e con tanta precisione mercè il lavoro diretto dell'uomo. La macchina analitica comprende tutte quelle operazioni. Le si dà la formula relativa alla questione da risolvere, e la macchina la svolge, applica i coefficienti ai variabili, eseguisce i calcoli aritmetici e dà stampato il risultato finale numerico che vi si riferisce. Siccome la macchina non è un essere pensante, ma sibbene un semplice automa, non le si può chiedere nulla che esiga il concorso dell'intelligenza; però, la rapidità di esecuzione che se ne ottiene è

tale, che Babbage pretendeva di poter fare, con la sua macchina analitica, in tre soli minuti, la moltiplicazione di due numeri ognuno dei quali avesse venti cifre.

« Le proprietà della macchina analitica sembrano alquanto fantastiche, ma sono reali. Quella macchina, o signori, è costruita in parte, e, sebbene incompleta, potrebbe essere utilizzata. La macchina appartiene al generale Babbage, figlio dell'inventore. Parecchie volte si trattò di terminarla, ma sempre s'indietreggiò, non solo per la spesa, ma altresì per le difficoltà che presenta l'impresa, poichè bisognerebbe consacrarvisi completamente, e lo studio non è facile.

« Quando io esordii nella mia modesta carriera scientifica, io ebbi delle relazioni personali con il Babbage, che mi spiegò il suo sistema. Io credetti di averlo compreso, e, or fanno molti anni, io vi consacrai un articolo nella *Bibliothèque Universelle de Genève*, N. 82, dell'ottobre 1842. La mia descrizione piacque al Babbage, e fu tradotta in inglese nelle *Scientific Memoirs*, volume terzo, senza nome di traduttore; ma questa traduzione era accompagnata da note della più alta importanza, che svolgono e spiegano con la maggiore chiarezza ciò che io aveva potuto indicare in modo incompleto. Sulle prime io credetti che il Babbage fosse l'autore di quelle note; ma, con una lettera del 28 marzo 1843, che io conservo, il Babbage mi disingannò rivelandomi il nome del mio misterioso traduttore, che era nientemeno che una nobilissima e bellissima dama inglese, di cui il nome verrà trasmesso alla posterità sulle ali di uno dei più grandi poeti del nostro secolo. Chi aveva tradotto e corredato di note il mio articolo era lady Ada Lovelace, la figlia unica di lord Byron.

« Nelle note anzidette si può vedere come molte questioni che si connettono all'analisi trascendentale possano essere trattate; e, fra le altre, vi si trova il quadro delle operazioni eseguite dalla macchina per il calcolo dei numeri del Bernoulli. Fu la traduzione in discorso che, poco tempo fa, servì di base alle discussioni che più di una volta si sono fatte sulle macchine analitiche.

« Possano questi ricordi, ch'io evoco verso la fine della mia carriera, fare sì che si termini un'opera che sarebbe preziosa per la scienza ed un trionfo per l'arte meccanica, nel tempo stesso che sarebbe pure un omaggio reso alla memoria di quell'uomo di genio che fu Carlo Babbage, ed alla nobile dama che con il suo esempio dimostrò che la più bella metà del genere umano può avere, per le scienze elevate, delle disposizioni eguali a quelle dell'altra metà, che, modestamente, si vuol chiamare il sesso forte. »

L'alcoolismo in Germania. — Le *Nord deutsche Allgemeine Zeitung*, in un articolo in cui deplora i progressi che l'alcoolismo va facendo in Germania, fa notare che in certi luoghi v' hanno spaccio di liquori per 31 abitanti.

A Berlino, la proporzione è di 1 sopra 169; a Lubecca di 1 sopra 116 e ad Amburgo, di 1 sopra 71 abitanti. (*Gazz. Uffic.*, 1884, 15 ottobre, N. 256).

Sheffield e la sua industria. — Ci piace di trarre questo brano da una bella relazione che l'*English illustrated Magazin* fa della celebre fabbrica di coltelli inglesi per dimostrare come pur troppo l'igiene ha da vincere grandi ostacoli per riescire alla nobile meta cui si propone di arrivare. V'ha gente che non solo non favorisce l'opera benefica, ma non vuol sapere del beneficio: e per meglio riescire nello stolto proposito di non profittarne, s'ingolfa ne' vizj, e fa dell'intemperanza l'anestetico a'mali che da sè si va preparando.

Il mestiere di arrotino-brunitore di coltelli non va immune da pericoli, alcuni dei quali hanno un carattere drammatico. Egli sta tutto il giorno chino sopra un ordigno (la mola), che può scoppiare e mandarlo per aria con tutta la subitaneità e la rapidità della dinamite; e, specialmente se è brunitore *a secco*, egli lavora in una posizione faticosa, e respira una polvere deleteria che può abbreviare di molti anni la sua esistenza. Lo scricchiolio di una mola che si spezza è un rumore lugubre per quanti occupano un laboratorio di brunitura. Si sente un colpo sordo, un *crac* nel soffitto, un gemito di dolore e tutto è finito. Se la vittima è ancor viva, lo si trasporta all'ospedale; se è morto si trasporta pietosamente il suo corpo stritolato. Nessuna vigilanza da parte del principale e maestro, e nessuna precauzione da parte dell'operajo pare che possano impedire queste catastrofi periodiche.

Per rimediare in qualche modo agli infortuni prodotti da queste calamità, fino dal 1804 venne fondata dagli arrotini-brunitori una società di mutuo soccorso, che tiene annualmente un banchetto in cui si canta la mesta canzone intitolata: *Le miserie del brunitore.*

Riguardo all'insalubrità dei mestiere di brunitore, è agevole il farsene un'idea esaminando i seguenti dati statistici contenuti in un opuscolo pubblicato nel 1842 dal defunto dottore Calvert-Holland con il titolo: *Della mortalità, dei patimenti e delle malattie degli arrotini brunitori* (1).

« Su mille decessi d'individui più che ventenni, nel Regno Unito si contano 160 decessi di individui che hanno dai venti ai ventinove anni; a Sheffield però, quei decessi ascendono a 164, ma in questo ramo di industria ammontano a 402. Nel periodo successivo, dai 30 ai 36 anni, i decessi in tutto il Regno sono di 136 su mille; ma a Sheffield arrivano a 184, ed a 329 in quel ramo speciale di industria. In tutto il Regno, di persone che non hanno ancora cinquant'anni ne muojono 422, e, fra i brunitori di temperini 640. »

(1) « The Mortality, Sufferings and Diseases of the Gruders. »

La conseguenza di questo stato di cose fa che, in un secolo in cui per un operajo analfabeta e che naturalmente desiderava di viver bene, la dottrina di una esistenza corta e buona parve forse la sola filosofia vera, ed i brunitori in generale, acquistarono una riputazione d'imprevidenza e d'intemperanza che perdura ancora. Parecchie altre circostanze di un carattere in qualche modo negativo spingevano gli arrotini brunitori a cercare nell'abuso dei liquori alcoolici la dimenticanza delle fatiche e dei pericoli del loro mestiere; tali, per esempio, erano gli scioperi forzati, o per difetto di lavoro, o perchè la *dairy-maid* (la ruota ad acqua), si guastava; e più di ogni altra cosa, le condizioni d'indipendenza in cui lavorano quasi tutti gli operai di Sheffield, e il desiderio di fare quello che facevano i loro colleghi. Gli eccessi d' intemperanza degli arrotini-brunitori erano sì stravaganti che i loro concittadini li classificavano come se avessero appartenuto ad una razza umana inferiore. Ora vanno migliorando rapidamente, ed oggidì a Sheffield v'hanno molti arrotini-brunitori che seppero liberarsi dalle cattive abitudini contratte e che sono previdenti e temperanti. (Dalla *Gazz. Uffic.*, 22 ottobre, 1884, pag. 4838).

La città di Londra. — Dall'importante discorso inaugurale pronunziato da sir J. W. Baralgette, nuovo presidente della *Institution of civil Engineers*, togliamo queste notizie sulla città di Londra, le quali interessano altresì la pupplica igiene.

Quella parte di Londra che gli inglesi chiamano *London*, per distinguerla dai sobborghi (*Outer London*), che è racchiusa nei limiti municipali ed amministrata dal municipio, contiene quattro milioni di abitanti, ed occupa una superficie di 304 chilometri quadrati, sulla quale furono costruite 500,000 case, ognuna delle quali è in media abitata da 8 persone.

La popolazione della città di Londra abitualmente è uguale a quella dell'Olanda, superiore a quella della Scozia, doppia di quella della Danimarca; e, se continua ad aumentare come aumentò in questi ultimi anni alla fine del secolo corrente essa eguaglierà la popolazione dell'Irlanda. Di anno in anno la popolazione della città di Londra andò aumentando di 70,000 abitanti, che è quanto dire di una quantità uguale alla popolazione totale di città quali sono Plymouth, Ginevra e Nancy, e tutto induce a credere che in progresso di tempo l'aumento debba essere ancora maggiore.

Nel 1878 Londra contava 2953 chilometri di strade pubbliche, delle quali 2154 avevano il *macadam*, 540 erano lastricate in granito, 24 in legno (d'allora in poi le strade lastricate in legno aumentarono notevolmente), e 35 in asfalto. Tutte le case comunicano con le chiaviche, e l'evacuazione dei residui e delle materie soggette a decomposizione si fa mediante l'acqua delle case e senza manipolazione di nessuna fatta. Quell'acqua serve a trasportare ed a condurre i residui e

le immondizie fino ai serbatoi coperti situati in riva al Tamigi, a 20 chilometri di distanza dal ponte di Londra, i quali serbatoi hanno 6.4 ettari di superficie, ed una capacità di 270,000 metri cubi.

La lunghezza totale delle chiaviche e degli acquedotti di Londra era nel 1878 di 3700 chilometri, in cui il diametro variava da 0 m. 22 a 3 metri e 75 centimetri.

L'alimentazione dell'acqua necessaria è fornita alla città di Londra da otto Compagnie costituitevi mediante atti del Parlamento, e che forniscono quotidianamente 630,000 metri cubi d'acqua, dei quali 70,000 od 80,000 sono consumati fuori della città propriamente detta. Quelle otto Compagnie hanno un capitale sociale di 325 milioni di franchi, e guadagnano annualmente delle somme cospicue, poichè, siccome le spese di conduttura, purificazione, distribuzione ed amministrazione ammontano a circa 7 centesimi al metro cubo d'acqua, che viene fornita ai consumatori al prezzo di 17 centesimi, il guadagno netto è quindi superiore a 10 centesimi per metro cubo, ed equivale a più di 63,000 fr. al giorno.

L'illuminazione della gran metropoli del Regno Unito viene fatta da tre Società del gas che lo vendono da 10 a 13 centesimi il metro cubo. Mediante il consumo di due milioni di tonnellate di carbon fossile quelle tre Società fabbricano annualmente 560 milioni di metri cubi di gas che viene distribuito ai consumatori per mezzo di 4000 chilometri di tubi il cui diametro varia da 75 centim. ad 1 metro e 22 centim. Annualmente la spesa dell'illuminazione a gas ascende ad oltre 75 milioni di franchi, ed è quindi di gran lunga maggiore di quella richiesta dal consumo dell'acqua.

L'illuminazione elettrica incomincia già ad essere applicata a Londra, e, attualmente, la compagnia Jablockkoff illumina elettricamente la riva Vittoria al prezzo di 15 centesimi per lampada e per ora (1).

Statistica del colera. — Con miglior animo facciamo seguito alla triste statistica data nel precedente fascicolo (pag. 260-262): e diciamo con miglior animo perchè ci è caro segnare la fine dell'epidemia con la speranza che non sia per riaccendersi nella prossima primavera. E perchè quest'augurio possa avere il desiderato effetto è duopo che l'autorità sanitaria accuratamente invigili là dove il pericolo può essere maggiore: non è che spegnendo le prime faville che si può impedire il divampare dell'incendio; questa volta pure l'esperienza ha dimostrato come questa sia la sola arma efficace allorquando il morbo abbia varcato il confine, nè sia possibile tenerlo lontano come è dato

---

(1) Dalla « Gazzetta Ufficiale. » Anno 1884, N. 249 (8 ottobre).

alle isole allora che volontariamente e perseverantemente si sottraggono a qualsiasi commercio di uomini e di cose.

Il cholera alla Spezia spegnevasi fin dai primi giorni del mese; a Genova poco dopo la metà ed a Napoli si spingeva sino alla fine ed ora soltanto (mezzo novembre) pare vi abbia del tutto levato il piede. Ecco giorno per giorno indicati i casi e le morti; le quali rispetto ai primi furono in Genova nella proporzione di 75,20 0[0 e in Napoli 61,96 0[0.

Data	Napoli		Genova		Spezia	
	Casi	Morti	Casi	Morti	Casi	Morti
5 Ottobre	36	25	27	12	3	7
6 »	43	27	21	17	1	2
7 »	30	8	13	10	2	2
8 »	23	15	12	10	—	—
9 »	41	18	10	13	—	—
10 »	122	62	8	10	—	—
11 »	122	70	8	10	—	—
12 »	93	58	3	4	—	—
13 »	94	54	8	2	—	—
14 »	95	67	2	—	—	—
15 »	81	35	5	—	—	—
16 »	67	41	7	9	—	—
17 »	57	29	—	—	—	—
18 »	44	32	—	—	2	—
19 »	19	26	2	—	—	—
20 »	28	13	3	—	—	—
21 »	25	17	—	—	—	—
22 »	7	18	—	—	—	—
23 »	9	12	—	—	—	—
24 »	14	12	—	—	—	—
25 »	17	9	—	—	—	—
26 »	6	6	—	—	—	—
27 »	5	7	—	—	—	—
28 »	5	6	—	—	—	—
29 »	5	6	—	—	—	—
30 »	3	3	—	—	—	—
	1091	676	126	97	8	11

Nella tabella che segue abbiamo indicate le trentatrè provincie le quali vennero afflitte dal morbo nell'anzidetto mese di ottobre; la mortalità nell'insieme è di 56,43 0[0.

Dal 1.° al 30 ottobre.

Num. d'ordine	Provincia	Casi	Morti	
I	Alessandria . . .	61	41	*NB.* Oltre le isole non hanno avuto casi di colera in questo mese le provincie seguenti: Ancona — Arezzo — Ascoli Piceno — Avellino — Bari delle Puglie — Belluno — Benevento — Catanzaro — Firenze — Foggia — Forlì — Grosseto — Lecce — Livorno — Lucca — Macerata — Perugia — Piacenza — Ravenna — Reggio di Calabria — Roma — Siena — Teramo — Treviso — Udine — Verona — Vicenza.
II	Aquila (Abruzzi) .	127	61	
III	Bergamo	105	67	
IV	Bologna	27	14	
V	Brescia	93	58	
VI	Campobasso . . .	16	7	
VII	Caserta	100	51	
VIII	Chieti	47	18	
IX	Como	1	—	
X	Cosenza	1	—	
XI	Cremona	178	105	
XII	Cuneo (1)	588	251	
XIII	Ferrara	50	22	
XIV	Genova	497	348	
XV	Mantova.	14	4	
XVI	Massa e Carrara .	13	6	
XVII	Milano	28	12	
XVIII	Modena	57	36	
XIX	Napoli (2)	1864	1096	
XX	Novara	87	56	
XXI	Padova	2	—	
XXII	Parma	39	21	
XXIII	Pavia	59	30	
XXIV	Pesaro e Urbino .	9	4	
XXV	Pisa	5	1	
XXVI	Porto Maurizio . .	1	1	
XXVII	Potenza	2	—	
XXVIII	Reggio Emilia . .	94	55	
XXIX	Rovigo	54	29	
XXX	Salerno	122	42	
XXXI	Sondrio	1	—	
XXXII	Rorino	52	45	
XXXIII	Venezia	4	—	

(1) Otto casi a Savigliano il 1.° novembre e 7 il 2: morti 3.
(2) Nessun caso e nessun morto il 1.° novembre, 3 casi il 2.

Il Direttore e Gerente responsabile

Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Verhandlungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin herausgegeben von dem Vorstande des Vereins. Jahrgang III, 1883-1884. (*Atti della Società per la Medicina interna pubblicati dalla Presidenza della Società medesima.* Anno III, 1883-1884). Berlin, Reimer, 1884, 8.° pag. XVI, 310.

VARIETÀ.

RASSEGNA MEDICO-CHIRURGICA (1)

1. Weir Mitchell — *Osservazioni su alcuni casi di lesione di tronchi nervosi periferici.*
2. Lidell J. A. — *Le contusioni del cervello e del midollo spinale.*
3. Atkinson J. E. e Woods Hiram — *Dimostrazione della debole attività dell'iodio contro le febbri da malaria basata sull' analisi di 76 casi di febbri intermittenti e remittenti curate con tale farmaco.*
4. Minor James L. — *Il campo visivo.*
5. Cohen Solis Salomon — *Osservazioni sul significato diagnostico dell'immobilità di una corda vocale con speciale riguardo all' anchilosi dell'articolazione crico-aritnoidea ed all' aneurisma dell'aorta e relazione di sei casi clinici.*
6. Burr G. B. — *Un caso di monomania primaria.*
7. Wharton H. R. — *Relazione di otto casi di coxalgia, nei quali furono eseguite undici operazioni di osteotomia, all'ospitale dei fanciulli di Filadelfia, e considerazioni.*
8. Mackenzie J. *Della tosse nasale e dell'esistenza nel naso di un' area sensitiva atta a produrre moti riflessi.*
9. Duhring L. — *Due casi della malattia di Paget del capezzolo.*
10. Minor J. L. — *La cheratite sperimentale e la teoria di Stricker sull'infiammazione.*
11. Bruen E. T. — *L'ingrossamento delle ghiandole bronchiali causa d'irritazione del pneumogastrico.*
12. Flecher Robert — *Riassunto di alcune recenti esperienze sul veleno dei serpenti.*
13. Northrup W. — *Un caso di esteso enfisema interlobulare con ascesso polmonare in seguito a pertosse in una bambina di due mesi.*
14. Grant H. — *Un'anomalia del cuore umano.*
15. Altounian Nishan — *Statistica di 272 operazioni di litotomia eseguite in Turchia.*
16. Jenekes L. — *La cura radicale del varicocele.*
17. Lidell J. — *Di certi ascessi del collo, che possono cagionare morte istantanea e loro appropriata cura.*

---

(1) Dal « The American Journal of the medical Sciences. » Filadelfia, 1883, Vol. LXXXVI, N. CLXXI e CLXXII. — Sunto del dott. Romeo Paladini.

18. Morison Robert — *Contributo alle cognizioni generali intorno alla papula della prurigine.*
19. Conner P. S. — *Resezioni del tarso e sua intera esportazione eseguita due volte con buon esito.*
20. Mendelson W. — *La circolazione renale durante la febbre.*
21. Woodruff Johnston G. — *Alterazioni calcolose o d' altra natura dei condotti pancreatici.*
22. Harris R. P. — *Classificazione delle operazioni del Porro, e quali altre forme di esportazione dell' utero in donna gravida sieno state erroneamente imprese sotto tale denominazione, mentre avrebbero dovuto essere registrate separatamente.*
23. Middleton Michel — *Legatura dell'arteria succlavia fra gli scaleni per ferita d'arma da fuoco — guarigione.*
24. Chambers T. R. — *La cura degli aneurismi mediante l'elettro-puntura.*
25. Mears Ewing — *Del serramento delle mascelle e della sua cura e relazione di un caso in cui esso successe a ferita d' arma da fuoco della mascella superiore ricevuta all' età di due anni e mezzo, e fu guarito diciotto anni più tardi con un atto operativo nuovamente ideato.*
26. Atlee L. W. — *Relazione e osservazioni su di un ascesso della fossa iliaca sinistra.*
27. Mc Kay R. J. — *Osservazioni cliniche sull' otorrea, ossia otite cronica purolenta media, con perforazioni delle membrane del timpano.*
28. Grossmann P. — *Un'operazione del Porro modificata con affondamento del peduncolo.*
29. Van Harlingen A. — *Esperienze sull' uso del naftolo nella cura delle malattie della pelle.*
30. Cheesmen W. S. — *Periostite e necrosi dell'apofisi mastoidea con guarigione.*

I. Weir Mitchell (1). — **Cases of Lesions of peripheral nerve-trunks, with commentaries.** (*Osservazioni su alcuni casi di lesione di tronchi nervosi periferici*); pag. 17.

1.° *Particolari alterazioni trofiche al dorso ed alla palma della mano destra dovute all'atto del mungere*; *erpete*; *nevralgie*; *distensione del nervo mediano*; *recisione del nervo radiale.* — All'età di 30 anni una donna incominciò a soffrire torpore nella mano destra quando mungeva le vacche. Tale condizione nello spazio di dieci anni andò aggravandosi fino a rendere l'organo inservibile. Colla pressione si

(1) Membro dell'Accademia nazionale degli Stati Uniti.

provocava dolore specialmente nella regione palmare fra il secondo ed il terzo metacarpo. Alla faccia anteriore del carpo notavasi una callosità del volume di un pisello. Più tardi si presentò un'eruzione erpetica al dorso della mano, nonchè una tinta bronzina della cute del volto e del petto. Qualche miglioramento si ottenne dapprima col solfato di stricnina associato al lattato di ferro, quindi col liquore del Fowler e coll'applicazione dell'elettricità a corrente continua; tuttavia si ebbe la comparsa di parecchi piccoli ascessi alla mano ed all'antibraccio. Una cura coll'ioduro di potassio e i preparati mercuriali non fu di nessun giovamento. Il 9 marzo 1882 fu messo allo scoperto il nervo mediano afferrato con una pinzetta e tenuto sollevato per un minuto in guisa da fargli sopportare tutto il peso del braccio. La ferita guarì in quindici giorni senza notevoli incidenti, ma le sofferenze temporaneamente attutite ricomparvero con vere forme nevralgiche dopo la terza settimana. Le strofinazioni, le applicazioni sedative, l'elettricità a corrente indotta rimasero senza effetto, anzi si manifestò una bolla, quindi un'esulcerazione al dorso della mano. Il 14 giugno dello stesso anno si passò alla recisione del nervo radiale, di cui si esportò un tratto di circa tre centimetri. Anche in questa operazione, come nell'antecedente si notò per lo spazio di circa due ore un rimarchevole rallentamento del polso. Questa volta il successo fu più favorevole, l'eruzione erpetica scomparve, i dolori nevralgici si dissiparono non restando che una molesta sensazione quasi costante nei muscoli della mano, sensazione che, dietro a prolungati movimenti, si estende alle spalle ed alla nuca.

Il miglioramento perdurava dopo dieci mesi.

2.° *Nevralgia facciale originariamente limitata al nervo sopraorbitale sinistro, quindi estesa ad altri rami e guarita colla recisione del nervo infraorbitale.* — Questo caso si presentò in una signora di 68 anni. Ultimamente la nevralgia aveva colpito i nervi sopraorbitale, infraorbitale e mascellare. L'elettricità e tutti i farmaci immaginabili erano stati esperiti invano. L'Autore aveva deciso di recidere anzitutto il nervo sopraorbitale, siccome quello primitivamente affetto, ma avendo dovuto per indisposizione affidare l'ammalato ad altro operatore, questi recise il nervo infraorbitale e ottenne guarigione completa e persistente dopo nove mesi (1).

3.° *Nevralgia del ramo mascellare inferiore sinistro; sua estensione ad altri tronchi; recisione del nervo; recidiva; seconda operazione ed*

(1) Ad esempio della straordinaria pervicacia di certe nevralgie facciali vive nel villaggio di Barzanò un sacerdote toscano novantenne, cui circa mezzo secolo fa il prof. Gherini recideva due volte il nervo infra-orbitale destro, senza riuscire a sradicare il male i cui accessi si ripetono tuttora frequenti e fierissimi. R. P.

otturamento del canale dentale con cemento. — L'ammalata dell'età di anni 43 fu assoggettata alla prima operazione nell'aprile del 1881. Il dolore ricomparve dopo circa un anno; dosi elevate di aconito lo sedarono per alcuni mesi, ma poi si rese necessaria di nuovo l'operazione, che fu eseguita il 28 gennajo 1883, coll'avvertenza di riempire il canale col cemento che si adopera per otturare la cavità dei denti guasti. Per alcuni mesi il successo fu soddisfacente, e la presenza del cemento non suscitò nessuna reazione infiammatoria, tuttavia già nel mese di maggio i dolori nevralgici ritornavano a farsi sentire.

4.° *Affezione dei nervi del braccio sinistro con notevole ipotermia.* — Un impiegato postale d'anni 51, avendo riportato in guerra una ferita al gomito destro seguita da anchilosi doveva specialmente servirsi del braccio sinistro, ma un anno circa prima di presentarsi all'Autore egli incominciò ad avvertire debolezza delle dita e dolori nell'antibraccio. Colle paresi di moto eravi pure diminuzione della sensibilità senza atrofia. L'indice e il medio presentavano qualche tremolio, l'anulare ed il mignolo non potevano essere perfettamente estesi. La cute della mano era talora tutta di un colore violaceo, talora a chiazze di un rosso più o meno cupo. Fra la mano ammalata e quella sana eravi una differenza di temperatura di quasi tre gradi, che poteva farsi scomparire mediante energiche fregagioni. I moti riflessi erano accresciuti; la reazione all'elettricità lievemente scemata. Mediante i tonici, la corrente continua e le quotidiane fregagioni i dolori cessarono e la forza si riacquistò alquanto.

5.° *Lussazione dell'omero sinistro nell'ascella; perturbamenti nervosi immediatamente successivi; disordini trofici simulanti un ascesso; stravaso sauguigno.* — Una giovine nubile d'anni 24, cadendo da piccola altezza riportava una lussazione dell'omero sinistro, la quale veniva ridotta dopo sei giorni. Tuttavia anche dopo la riduzione persistettero i dolori e la debolezza muscolare e si aggiunse la tumefazione dell'intero braccio e della mano specialmente dal lato ulnare con comparsa di macchie ecchimotiche e di una grossa bolla. Più tardi diminuirono i dolori e la gonfiezza, ma si rese manifesta, la paralisi delle dita con atrofia dei muscoli interossei e atteggiamento della mano ad artiglio. La sensibilità era normale; la reazione all'elettricità regolare in alcuni muscoli, affievolita in altri, mancante in molti. Colla corrente costante e le fregagioni si conseguì ragguardevole miglioramento.

Probabilmente in questo caso la lussazione aveva prodotto contusione o lesione del plesso ascellare dando i descritti perturbamenti.

II. Lidell J. A. (1). — **On contusions of the brain and of the spinal cord.** (*Le contusioni del cervello e del midollo spinale*); p. 31.

Come la lamina interna delle ossa craniche può frangersi per una

(1) Già chirurgo all'Ospitale di Bellevue.

violenza esterna, rimanendo intatta la lamina esterna, così la sostanza cerebrale, immensamente più fragile, può essere contusa senza lesioni manifeste del suo involucro osseo. La contusione del cervello o del midollo spinale va sempre necessariamente accompagnata da un certo grado di commozione, anzi le autopsie dimostrano, che questa sola non basta per solito a produrre la morte, ma è sempre associata a lesioni visibili, come stravasi sanguigni, più o meno minuti e disseminati, dalla sostanza cellulare, delle fibre o della nevroglia (1).

Nel *British Medical Journal* (19 febbrajo 1859, pag. 145), il professor Parke riferì il caso di un uomo d'anni 55, il quale fu urtato nel capo da un carro senza soffrire lesione esterna, ma ebbe violenta cefalea, vertigini, diplopia, ottusità del gusto e dell'olfatto, inceppamento della parola, e infine emiplegia destra e coma con esito letale settantaquattro giorni dopo l'accidente. Ebbene l'autopsia non scoprì alterazioni nell'encefalo, ma svelò l'esistenza di una nefrite cronica causa evidente dei disordini suaccennati e della morte.

È ovvio dunque pensare che anche nella maggior parte dei così detti casi di commozione cerebrale non susseguiti da esito infausto, esistono le lesioni materiali della contusione, e con non minore frequenza si avrà altresì la contusione del midollo spinale, quantunque nei trattati quasi neppure venga menzionata.

Nella contusione dell'encefalo le lesioni sono o direttamente in corrispondenza del punto su cui ha agito la violenza esterna, ovvero in un punto diametralmente opposto. La contusione è accompagnata da ecchimosi o anche da copioso stravaso sanguigno sia nella cavità dell'aracnoide sia nelle pieghe della pia madre e nelle solcature cerebrali, sia nei ventricoli del cervello, sia infine nella sostanza stessa dell'encefalo. Alla contusione segue sovente l'encefalite, che può guarire perfettamente o dar luogo all'ascesso o lasciare permanenti disordini nelle facoltà mentali, talvolta accompagnati da convulsioni epilettiformi.

Ecco i casi riferiti dall'Autore a conferma delle proprie idee.

1.° *Contusione del cervello associata a contusione del cuojo cappelluto prodotta da una palla morta, meningite adesiva, cerebrite e ascesso cerebrale*; *morte*; *autopsia.*

Il colonnello L. F. fu colpito il 21 luglio 1861 da una palla morta alla regione parietale sinistra; la contusione esterna guarì prontamente, ma rimase cefalea, torpore indi paralisi alla mano ed al piede destro, al 1.° agosto sopravvenne completa emiplegia, poi il coma ed

(1) Bright. « Medical Cases », 1831, Vol. II, pag. 40°,
Bryant. « Practice of Surgery », 1879, pag. 161.
Prescott Hewett. « Holmes's System of Surgery, » Vol. II, p. 302, 2.ª ed.
Le Gros Clark. « Brit. Med. Journal », 1868.
Fano. « Mem. de la Soc. de Chirurg. de Paris. » Vol. III, p. 199.

al giorno 14, cioè in ventesima quarta giornata, la morte. All'autopsia si trovò effusione sierosa sotto-aracnoidea, un ascesso cerebrale del volume di una noce precisamente in corrispondenza della lesione esterna, con circoscritta meningite traumatica e aderenza fra la dura madre e l'aracnoide, un coagulo sanguigno libero alla superficie dell'aracnoide alla base del lobo medio dell'emisfero cerebrale sinistro. Forse se si avessero avute allora le cognizioni che si possedono oggi si sarebbe istituito una diagnosi precisa e si sarebbe fatta la trapanazione. Il dott. Obalinski (*Wiener Med. Woch.* N. 44), in un uomo di 45 anni, che quindici giorni dopo essere stato ferito al capo presentava emiplegia destra gradatamente crescente con esagerazione dei riflessi tendinei del ginocchio e qualche rigidità muscolare, eseguì la trapanazione, incise la dura madre, diede uscita a piccola quantità di pus, levò la cavità con una soluzione di timolo (1 per 100) e salvò l'ammalato, che guarì anche dalla paralisi.

2.° *Grave commozione e contusione del cervello per caduta; encefalite; coma; morte; autopsia; frattura lineare del cranio; ecchimosi delle circonvoluzioni cerebrali; diffusa emorragia sotto-aracnoidea; ascesso cerebrale in forma della così detta ulcera cerebrale.* — Un uomo di 30 anni cadendo per un urto ricevuto percosse fortemente il capo contro il pavimento di pietra; per trentasei ore rimase privo di sensi, poi si riebbe alquanto, ma al sesto giorno ricadde nel coma e morì. All'autopsia si trovò sangue diffuso nel connettivo sottocutaneo della regione parietale destra ed occipitale, una frattura lineare delle ossa parietale destra senza spostamento, versamento sanguigno sotto-aracnoideo copioso lento da riempire i solchi delle circonvoluzioni cerebrali, le circonvoluzioni stesse apparivano contuse, un coagulo sanguigno più grosso di una mandorla stava alla base del lobo medio dell'emisfero cerebrale destro e lungo di esso la sostanza cerebrale era profondamente disorganizzata, il ventricolo laterale destro conteneva circa otto grammi e il sinistro circa due di siero sanguinolento. la dura madre non era offesa.

3.° *Contusione cerebrale; ascesso; morte; autopsia.* — Un musicante militare fu ricevuto all'Ospitale per contusione al volto con distacco della cartilagine del setto nasale prodotta da un pugno. Sopravvenne cefalea e dopo ventun giorni morte improvvisa. Alla sezione del cadavere si riscontrò piccola quantità di pus nel foro cieco, l'apofisi *cristagalli* spezzata coll'apice rivolto a sinistra, raccolta purolenta nelle maglie della pia madre alla base del cervello per tre quarti della sua estensione, nel lobo anteriore cerebrale sinistro un ascesso del volume di un uovo di gallina, il quale comunicava col corno anteriore del ventricolo sinistro; entrambi i ventricoli laterali, come pure il terzo (per il foro di Monro) ed il quarto (per l'acquedotto di Silvio) ripieni di pus.

La morte subitanea fu evidentemente dovuta allo scoppio dell'ascesso

del lobo anteriore sinistro, e l'ascesso fu alla sua volta cagionato da qualche stravaso sanguigno prodotto dalla scossa ricevuta dal capo.

4.° *Grave commozione e contusione cerebrale dovuta a caduta a capofitto dell'altezza di circa diciasette piedi; guarigione.* — Una ragazza di 10 anni precipitò da notevole altezza per l'improvvisa rottura di un parapetto di legno, lungo il quale essa correva, e battè col capo e colle spalle sulle pietre. Rimase qualche tempo priva di sensi, indi rinvenne, ma ebbe cefalea, e febbre ardente per parecchi giorni. Guarì ma le rimase grande tendenza al mal di capo.

5.° *Grave commozione e contusione del cervello per caduta sul capo; guarigione.* — Un ragazzo di sei anni cadde dal parapetto di una scala. Rimase privo di sensi per circa un'ora; ebbe vomito. Il cuojo capelluto era estesamente contusa al lato destro. Guarì nello spazio di cinque giorni. L'Autore fece la diagnosi oltre che di commozione anche di contusione cerebrale in base alla violenza dell'urto ricevuto dal capo, stante l'altezza della caduta.

6.° *Contusione cerebrale, per violento colpo sul capo; guarigione dopo quasi tre mesi.* — Un uomo robusto di sessant'anni fu colpito sulla testa da un masso di gesso del peso di circa trentacinque chilogrammi staccatosi da una soffitta. Il colpo fu così violento che egli ebbe tre denti spezzati e una ferita lacero-contusa alla regione parietale destra. Rimase qualche ora privo di sensi, indi si riebbe, ma presentò cefalea, stipsi, insonnia, miosi, irritabilità anormale, intelligenza ottusa. Fu curato colle applicazioni fredde, blandi purganti, dieta, quiete, sublimato corrosivo e joduro di potassio e lentamente si ristabilì. La tarda scomparsa dei sintomi descritti comprova la diagnosi di contusione del cervello.

7.° *Grave commozione e contusione del cervello; encefalite; guarigione imperfetta.* — Un militare ricevette due colpi di martello sul capo da un detenuto in fuga e ne pativa una ferita lacero-contusa al cuojo capelluto con commozione e contusione del cervello. Rimase insensibile per alcune ore, indi soffrì di cefalee, vertigini, perdita della memoria, debolezza della vista, ottusità dell'intelligenza e divenne inabile al servizio.

8.° *Grave contusione del cervello; encefalite; guarigione in quattro mesi.* — Un soldato fu da un suo compagno in rissa atterrato, percosso e calpestato sì da riportarne frattura del processo zigomatico dell'osso temporale e delle ossa nasali. Non rinvenne se non dopo dieci ore. Per cinque giorni fu assai agitato, indi lentamente migliorò e ritornò atto al servizio.

9.° *Grave commozione e contusione cerebrale; guarigione.* — Un soldato fu ferito alla regione sovra-orbitale destra da un colpo di fucile sparatogli contro da altro soldato ubbriaco. Egli perdeva sangue dal naso e della bocca, aveva pupille contratte e insensibili alla luce, polso debole, pelle fredda ed esalava odore alcoolico. Con un senapi-

smo alla nuca, bottiglia di acqua calda ai piedi e compresse inzuppate d'acqua fredda al capo guarì in nove giorni perfettamente.

10.° *Epilessia; antica lesione del cervello.* — Un uomo di circa quarant'anni un anno dopo essere caduto battendo l'occipite al suolo divenne epilettico e dopo un altro anno in seguito a due accessi convulsivi replicatesi in poche ore divenne comatoso ed emiplegico a sinistra e quindi morì. L'autopsia dimostra le traccie di un'antica emorragia (per contraccolpo) nel lobo cerebrale anteriore destro con estese aderenze meningee. (*Guy's Hospital Reports.*, 1866, pag. 263).

11.° *Contusione del cervello per contraccolpo; autopsia.* — Un soldato ubbriaco cadde da una scala ricevendo una ferita lacero-contusa alla regione parietale destra. Morì dopo due giorni senza avere ricuperato i sensi. La necroscopia palesò esservi stata frattura dell'osso temporale e parietale destro con versamento sanguigno intracranico in corrispondenza della lesione, tra le ossa e la dura madre, nonchè sotto la dura madre in corrispondenza del lobo anteriore sinistro del cervello, che presentavasi gravemente disorganizzato. (*Principles of military surgery.* Hennen, pag. 265).

12.° *Contusione e lacerazione del cervello per contraccolpo; autopsia.* — Un soldato ubbriaco cadde da una scala. Raccolto privo di sensi non presentava altro indizio visibile di lesione se non emorragia copiosa dell'orecchio sinistro; il polso era intermittente, il respiro stertoroso, le pupille dilatate, ma sensibili alla luce; sopravvenne grande irrequietezza, senza che fosse ricuperata la coscienza; morì dopo quattro giorni. All'autopsia si riscontrò versamento sanguigno sotto al pericranio del lato sinistro del capo, frattura lineare dell'osso parietale sinistro e della rocca petrosa con depressione della lamina interna del primo, coaguli sanguigni fra l'osso depresso e la dura madre. In corrispondenza poi della protuberanza frontale destra, quindi in un punto diagonalmente opposto a quello delle fratture si trovò la sostanza cerebrale lacerata e contusa per contraccolpo. L'irrequietudine e specialmente la tendenza a lanciarsi fuori dal letto, come esisteva in questo caso è uno dei sintomi più sicuri della contusione e lacerazione della sostanza cerebrale.

È dunque di pratica importanza il conoscere che la commozione cerebrale è sovente accompagnata da contusione, talora anche per contraccolpo, cioè in punto opposto a quello su cui ha agito la causa della lesione, il che avviene perchè il cervello non riempie esattamente il cranio, ma gode in esso di una certa mobilità riposando in special modo colla sua base su di un vero letto ad acqua dato dal liquido cerebro-spinale. (Hilton. *Rest and Pain*, pag. 16); in conseguenza di che possono formarsi ascessi cerebrali in punti ben lontani dalle località esternamente lese, che coll'ajuto della dottrina delle localizzazioni cerebrali potranno essere riconosciuti nella loro precisa sede ed evacuati mediante la trapanazione. Talvolta la contusione cerebrale va accom-

pagnata da copiosa emorragia sia nella cavità dell'aracnoide, sia negli spazj sotto-aracnoidei, allora succede prontamente la morte per compressione del cervello. Eccone alcuni esempj.

13.° *Contusione del cervello per contraccolpo; insensibilità; convulsioni epilettiformi; coma; morte; necroscopia; emorragia profusa nella cavità dell'aracnoide.* — Un sarto, bevitore, d'anni 45, cadendo battè al suolo coll'occipite riportando lesione dei tegumenti. Due ore dopo essere stato raccolto privo di sensi fu preso da accessi convulsivi che si ripeterono a brevi intervalli per parecchie ore, per dar poi luogo al coma ed alla morte avvenuta nove ore dopo la caduta. All'autopsia si trovò ferita lacero-contusa del cuojo capelluto alla parte sinistra della regione occipitale, il cranio integro, nella cavità dell'aracnoide in corrispondenza dell'estremità anteriore dell'emisfero cerebrale destro circa novanta grammi di sangue parte fluido, parte coagulato; nelle pieghe della pia madre, sotto l'aracnoide, sangue stravasato sull'intera superficie convessa dello stesso emisfero destro, mentre il sinistro era avvolto in copioso essudato sieroso sotto-aracnoideo; nei ventricoli cerebrali circa sessanta grammi di siero sanguinolento; la sostanza cerebrale era congesta e consistente per l'alcoolismo inveterato.

14.° *Contusione cerebrale di contracoolpo per caduta; insensibilità; coma; morte; autopsia; stravaso sauguigno nella cavità dell'aracnoide.* — Una donna di media età cadde all'indietro e morì dopo poche ore senza avere ricuperato la coscienza. Alla necroscopia si rilevò contusione delle parti molli alla metà sinistra della regione occipitale, cranio integro, versamento sanguigno di oltre 120 grammi nella cavità dell'aracnoide in corrispondenza del lobo cerebrale destro e specialmente della parte anteriore, dove eravi un grosso coagulo, ventricoli cerebrali vuoti.

15.° *Versamento sanguigno copioso sotto-aracnoideo per contusione del cervello senza frattura; morte istantanea; necroscopia.* — Una donna, d'anni 35, percossa dal marito cadde morta. L'esame del cadavere fece scoprire contusione delle parti molli alla regione temporale destra, stravaso sanguigno copioso sotto l'aracnoide nelle pieghe della pia madre esteso ad entrambi gli emisferi ed alla base del cervello, ma più copioso alla parte sinistra, nonchè in corrispondenza del cervelletto e del midollo allungato. La quantità del sangue stravasato ascendeva ad oltre 300 grammi.

16.° *Versamento sanguigno copioso, sotto-aracnoideo per contusione cerebrale senza frattura; morte; necroscopia; cuore ipertrofico; polmoni congesti; fegato e reni granulari; milza ipertrofica.* — Un uomo di 40 anni fu trovato morto nella sua camera, seduto su di una cassetta con una ferita alla parte sinistra del capo. Nulla fu dato di scoprire circa il modo di produzione di questa lesione. Il cadavere presentava traccie di contusioni al braccio, alle spalle, al collo e al naso,

ne solo dal lato sinistro. La ferita era nella regione temporo-parietale, appena al dissopra dell'orecchia, il cranio era integro; coaguli sanguigni sotto-aracnoidei occupano la base dei lobi cerebrali anteriori e la superficie anteriore del midollo allungato. Esistevano poi alterazioni vecchie viscerali.

17.° *Contusione del ponte di Varolio e delle gambe del cervello per caduta sul capo*; *morte*; *autopsia*; *versamento sanguigno nella cavità dell'aracnoide.* — Una donna d'anni 36 morì rapidamente per essere caduta ed aver percosso il capo al suolo. Essa era dedita agli alcoolici da circa tre anni. Sul cadavere si osservarono contusioni alla fronte, al cuojo capelluto, al lato destro della faccia, al petto, alle braccia ed alle gambe. Il cranio era intatto. Nella parte sinistra della cavità aracnoidea eranvi circa 120 grammi di sangue coagulato, la parte centrale del ponte di Varolio e le gambe del cervello erano rammollite e contenevano sangue stravasato. Gli altri visceri presentavano i segni dell'alcoolismo; i polmoni erano congesti ed enfisematosi con qualche piccolo tubercolo; il pericardio rivestito di adipe; il cuore ipertrofico e adiposo; il fegato di volume doppio del normale, di color giallognolo, duro al tatto, ma fragile; la milza molle e di colore più cupo del normale; i reni voluminosi, consistenti, iperemici, con indizj di degenerazione grassa; la mucosa gastrica ingrossata e rammollita con iperemie punteggiate; l'utero presentava antiche aderenze peritoneali.

Importante in questo caso era la contusione dal ponte di Varolio e delle gambe del cervello assai rara a presentarsi. Prescott Hewett riferisce che nell'Ospitale di S. Giorgio nello spazio di sedici anni non si ebbero che cinque esempj di tale lesione (*Holmes's System of Surgery*, Vol. II, p. 312). Boinet ne descrisse un caso (*Arch. Gen. de Méd.* 1857, p. 50), Fano un altro (*Rech. sur la Cont. du Cerv.*, p. 25).

I casi seguenti si riferiscono a contusioni del midollo spinale.

18.° *Contusione del midollo spinale*, *paraplegia*; *morte dopo sei giorni*; *necroscopia*; *frattura lineare, senza spostamento, delle prime due vertebre dorsali.* — Un soldato d'anni 22 mentre stava disteso bocconi in un bosco fu colpito al dorso da un ramo di un albero che venne a cadergli vicino. Ne seguì paraplegia estesa alla vescica ed allo sfintere dell'ano, con abolizione dei moti riflessi e della sensibilità. All'esame non si riscontrò che un po'di sensibilità anormale alla pressione in corrispondenza delle due prime vertebre dorsali. Il giovine morì al sesto giorno per paralisi respiratoria. La necroscopia rivelò la frattura lineare del corpo della prima vertebra dorsale e delle radici dell'arco della seconda; il legamento vertebrale anteriore era alquanto lacerato; il posteriore distaccato in corrispondenza della frattura, all'esterno del canale vertebrale al lato sinistro eravi un coagulo sanguigno; il midollo spinale esternamente appariva normale ma nell'interno a livello della frattura presentava la sostanza grigia contusa e colorita in bruno per stravaso sanguigno.

Nelle contusioni spinali è sempre la sostanza grigia quella che è più facile a restare offesa. L'abolizione dei moti riflessi era da attribuirsi alla commozione sofferta da tutto il midollo spinale.

19.° *Commozione cerebrale e contusione del midollo spinale.* — Un uomo essendo caduto in modo da battere con violenza il capo contro il suolo, rimase per alcune ore quasi privo di sensi, poi rinvenne ma presentò paralisi completa del corpo, dal capo in giù, con respiro puramente diaframmatico. Morì dopo trenta ore. L'autopsia non scoprì veruna lesione nè del cranio, nè del cervello, nè della colonna vertebrale, bensì uno stravaso sanguigno nettamente circoscritto nella sostanza grigia del midollo spinale a livello della quarta vertebra cervicale (*St. Bartholomew's Hospital Reports*, Vol. V, pag. 459 e *New Sydenham Soc. Retrospect*, 1869-70, pag. 218) (1)

(1) Meritano per analogia di essere qui riferiti due casi recentemente occorsimi.

Un uomo d'anni 46 cadde da una pianta dell'altezza di circa quattro metri.; non riportò altra lesione manifesta che la lussazione del coccige, ma rimase per oltre un mese completamente paraplegico con cistoplegia ed abolizione non della sensibilità ma dei moti riflessi. Vi fu dunque commozione e contusione spinale. L'ammalato andò migliorando e in capo a cinque mesi fu in grado, coll'ajuto anche della cura elettrica, di camminare colle gruccie. Ciò che presenta di singolare si è che le paralisi ora è limitata ai muscoli flessori ed estensori del piede sinistro, il quale da solo riesce di ostacolo alla deambulazione, mentre il resto della muscolatura degli arti inferiori avrebbe riacquistato forza sufficiente per la sua funzione.

Un uomo robusto e pesante d'anni 50, dopo copiose libazioni, mentre seduto su di un tavolo discorreva con un amico si addormentò e indi a poco cadde all'innanzi facendo un perfetto capitombolo e battendo colla testa al suolo. Raccolto dagli astanti rimase per tutta una notte in uno stato quasi soporoso che essi non sapevano se attribuire alla scossa ricevuta od alla ubriachezza. Esaminato all'indomani presentava impossibilità di tener ritto il capo, dolore sia spontaneo, sia alla pressione lungo la colonna vertebrale nella sua porzione cervicale e specialmente in corrispondenza delle vertebre quinta e sesta, impossibilità di sollevare le braccia, quantunque flettesse ed estendesse dita, mani ed antibracci, dolori, torpore, formicolio ad entrambe le spalle e lungo le braccia, nessun'altra traccia di lesione scheletrica, nessun'altra paralisi nè al tronco, nè agli arti inferiori, mente lucida. L'ammalato andò gradatamente migliorando ed essendo ormai scorsi quindici giorni dall'accidente dà fondata speranza di guarigione, sebbene il pronostico quanto alla *restitutio ad integrum* dei movimenti del capo e delle braccia sia molto riservato. In questo caso vi fu commozione cerebrale e il contraccolpo si è fatto sentire nella regione cervicale, dove deve aver prodotto un perturbamento nelle funzioni non già della sostanza propria del midollo spinale, ma semplicemente dalle radici del plesso brachiale e più particolarmente del V, VI e VII nervo cervicale d'entrambi i lati, onde è probabile siavi stata o lacerazione dei legamenti gialli o frattura senza spostamento dei processi obbliqui delle vertebre V e VI cervicale e conseguentemente compressione dei nervi suddetti nei fori intervertebrali per la locale reazione inflammatoria.

R. P.

Le commozioni e contusioni spinali, le quali interessano la porzione cervicale o dorsale superiore richiedono una prognosi molto riservata essendo assai facile la paralisi respiratoria; quando invece ledono la porzione inferiore ammettono un pronostico benigno. La cura consisterà nel riposo, nella riduzione delle fratture o lussazioni, mettendo poi l'ammalato in posizione conveniente, che talora potrà essere quella prona, perchè la riduzione si mantenga, oppure se è d'uopo applicando l'estensione e la controestensione mediante pesi (J. Ashhurst. *Injuries of the spine with an analysis of nearly four hundred cases*). La posizione prona sebbene incomoda è utile altresì per prevenire le congestioni ipostatiche e per agevolare l'applicazione delle sanguisughe e del ghiaccio sulla sede della lesione. Il riassorbimento del sangue stravasato verrà favorito colla somministrazione dell'ioduro di potassio. L'iperemia verrà combattuta coll'ergotina. La stricnina è controindicata. Se sopraggiunge mielite o meningite spinale si ricorrerà alle sanguisughe, alle coppette e più tardi al caustico attuale. Si mitigheranno le sofferenze cogli oppiati; si farà il cateterismo secondo il bisogno, si prenderà ogni cura per prevenire le piaghe da decubito.

III. Atkinson J. E. (1) e Woods Hiram (2). — **A demonstration of the feeble influence of iodine over malarial fevers, based upon an analysis of 76 cases of intermittent and remittent fevers treated with the agent.** (*Dimostrazione della debole attività dell'iodio contro le febbri da malaria basata sull'analisi di 76 casi di febbri intermittenti e remittenti curate con tale farmaco*); pag. 63.

Molti medici hanno recentemente sostenuto che l'iodio possiede azione efficace contro la malaria, ma le loro esperienze, quantunque praticata su centinaja di casi non riescono in tutto persuasive (3), tanto più in presenza dei risultati contradditori ottenuti da altri (4).

(1) Professore di patologia nell'Università del Maryland.

(2) Medico dell'Ospizio *Bay Vien* a Baltimora.

(3) Grinnell. « Braithwaite's Prospect. » V. 83.
Anderson. « Procedings of Med. Soc. of Kings County », 1879-80.
Horison. « Maryland Med. Journ. » Vol. 8, pag. 461.
Sircar. « Indian. Med. Gaz. »
Gibbons. « Pacific. Med. and Surg. Journ. », 1880.
Bell. « Med. and Surg. Reporter. » Filadelfia, 1881.
Geoghan. « Albany Med Annals », 1880, Vol. III.
Kemper. « Amer. Practitionner », 1878, Vol. XVIII.
Wadsworth. « New York Med. Journ. », 1879, pag. 493
Bartholow. « Mat. Med. », 1882, pag. 222.

(4) Fridenburg. « Mt. Sinai Hospital Reports », in « New York Med. Journal », 1880, Vol. XXXI, pag. 50.
Bannergee. « Calcutta Med. Gaz. » Gennaio 1882.

Gli Autori sperimentarono nei mesi di luglio, agosto, settembre ed ottobre in 76 casi di febbri intermittenti o remittenti verificatesi per la maggior parte in contadini. Si adoperò la tintura officinale di iodio alla dose d'ordinario di 30 goccie ripetute quattro volte al giorno, per la durata di cinque giorni al più.

In 16 casi si ebbe la guarigione e precisamente in cinque dopo un sol giorno di cura, in quattro dopo due o tre giorni, in altri quattro dopo quattro o cinque e finalmente in tre casi di febbre remittente (mentre negli altri era intermittente) dopo cinque o sei giorni.

In 13 casi, otto di febbre intermittente e cinque di remittente si ebbe un miglioramento, ma passaggiero, essendo ricomparsi gli accessi dopo un intervallo variabile da qualche giorno a due settimane. Il più delle volte dopo esperita la tintura di jodio si ricorse con buon successo al solfato di cinconidina. Quando la tintura di jodio era poco bene tollerata giovò l'aggiungervi dieci goccie di laudano.

Contuttociò in quattro casi fu mestieri sospenderne l'amministrazione.

Quattro ammalati lasciarono l'ospitale prima che si potesse valutare l'effetto del rimedio.

In un caso l'amministrazione della tintura di jodio fu seguita dopo sei giorni da nefrite acuta con ascite ed anasarca, che guarì nello spazio di dodici giorni.

Nei rimanenti 38 casi, suddivisi in 20 di febbri quotidiane, 7 di terzane, 3 di terzane doppie, 2 di terzane triple e 5 di remittenti, la tintura di jodio si dimostrò inefficace. Gibbons dice che talora gli insuccessi sono da attribuirsi alla dose soverchiamente elevata dell'iodio, ma nelle esperienze degli Autori fu, come già si disse, impiegata la dose di trenta goccie circa, corrispondente a quella colla quale Morrison avrebbe ottenuto ottimi risultati. Gli Autori poi avvertono di non essere in grado di nulla asserire o contestare circa l'utilità dei preparati iodici contro le forme croniche dell'infezione da malaria.

Oltre che nel caso di nefrite già accennato l'albuminuria fu osservata dopo l'amministrazione della tintura di jodio, mentre prima mancava, in altri tre casi; parrebbe quindi che si possa sospettare fra i due fatti un nesso di cause ed effetto. Bartholow (*Practice of Medicine*), veramente parla di una perniciosa nefritica e ritiene altresì che l'infezione cronica da malaria possa cagionare l'albuminuria, opinione condivisa da Bartels (*German clinical lectures*), ma d'altra parte Mc Lean (*Reynolds's System of medicine*), la crede estremamente rara nel corso di una febbre intermittente o remittente e Da Costa e Fairfax Irwin giammai la osservarono (*Medical Diagnosis* e *Medical News* 9 dicembre 1882).

Le conclusioni adunque, alle quali sarebbero venuti gli Autori così si riassumono:

1.° L'jodio ha qualche debole efficacia contro le febbri intermittenti;

2° Tale efficacia si spiega d'ordinario nello spazio da tre ad otto giorni;

3.° Nelle guarigioni così ottenute v'ha pericolo di recidiva non meno che in quelle conseguite mediante i chinacei;

4.° La cura iodica tende a produrre nausea e diarrea e ad aggravarla se già esistono,

5.° Nelle febbri remittenti l'azione dell'iodio è dubbia o per lo meno lenta e graduale e soggetta ad interruzioni;

6.° In ogni caso essa è molto inferiore a quella della chinina e della cinconidina;

7.° Il dispendio viene ad essere eguale a quello di una cura coi chinacei;

8.° Havvi pericolo di insorgenza dell'albuminuria;

9.° Nel maggior numero dei casi la tintura di jodio riesce a nulla.

IV. JAMES L. MINOR (1). — **The field of vision.** (*Il campo visivo*); pag. 77.

Il campo visivo corrisponde all'intero potere visuale della retina dalla *macula lutea* all'ora *serrata*. Si determina, come è noto, facendo tener fisso l'occhio ad un punto, mentre con un oggetto mobile si stabiliscono gli estremi limiti della percezione visiva per i varii meridiani dell'occhio.

Nei distacchi della retina, nelle lesioni traumatiche del globo oculare, nei tumori ed emorragie intraoculari, nell'embolismo retinico si ha diminuzione del campo visivo. Nella retinite pigmentosa la sua limitazione concentrica è patognomonica. Nel glaucoma si ha per lo più limitazione dal lato nasale. Nell'emianopsia lo studio del campo visivo guida alla diagnosi della sede delle lesioni centrali, poichè nell'emianopsia omonima la lesione sarà dal lato opposto del cervello nel tratto ottico o più all'indietro (emianopsia delle due metà destre della retina, lesione a sinistra); nell'emianopsia crociata delle metà esterne o temporali delle due retine la lesione interessa il chiasma e nell'emianopsia delle metà interne o nasali delle retine, le quali è assai rara, l'alterazione avrà doppia sede, cioè o avrà leso entrambi i lati del chiasma oppure il lato esterno di ciascun nervo ottico.

Nell'emicrania vi sono sovente parziali interruzioni del campo visivo talora a linea spezzata dovute probabilmente ad ischemia della retina. Talvolta si hanno anche senza emicrania, nè verun altro sintoma concomitante.

Nella nevrite ottica si hanno interruzioni periferiche o centrali, queste ultime vengono dette scotomi e sono ordinariamente di minor gravità delle prime.

---

(1) Chirurgo assistente all'Ospitale per le malattie degli occhi e delle orecchie a Nuova York.

Nell'atrofia del nervo ottico si hanno frequentemente limitazioni periferiche del campo visivo per lo più dal lato esterno o temporale.

In genere nelle ambliopie le limitazioni e interruzioni periferiche sono progressive, mentre un campo visivo a contorno regolare permetterà di pronosticare la stazionarietà dell'alterazione od anche il miglioramento a seconda dei casi particolari.

Per un'accurata diagnosi poi occorre altresì accertare la potenza della vista nelle varie parti della retina, nonchè le facoltà di distinguere i colori.

L'acromatopsia sia periferica, sia a scotomi si verifica sovente nella nevrite ottica, nell'atrofia del nervo ottico e nell'ambliopia. Di solito dapprima si presenta difettosa la percezione del rosso e del verde, da ultimo quella del turchino.

Lo scotoma centrale per il color rosso è da molti ritenuto patognomonico dell'ambliopia da abuso di tabacco, talora però deriva pure dell'alcoolismo e va accompagnato a incipiente nevrite.

Il chinino e la salicina possono produrre acromatopsie totali o parziali od anche amaurosi per lo più passeggiere (1).

V. Cohen Solis Salomon (2). — **Some points in relation to the diagnostic significance of immobility of one vocal band, with especial reference to anchylosis of the crico-arytenoid articulation and aneurism of the arch of the aorta; with six illustrative cases.** (*Osservazioni sul significato diagnostico dell'immobilità di una corda vocale con speciale riguardo all'anchilosi dell'articolazione crico-aritenoidea ed all'aneurisma dell'aorta; e relazione di sèi casi clinici*); pag. 84.

In molti casi la laringoscopia è l'unico o più efficace mezzo di conseguire un'esatta diagnosi, ma alle volte può anche condurre ad erronee interpretazioni. Così in molti casi si può avere l'immobilità di una corda vocale, ma essa può esser data da due condizioni differenti, da un impedimento meccanico al movimento della cartilagine aritnoide o dalle mancanza di forza dei muscoli che agiscono su quella cartilagine. La presenza di un tumore o di un corpo straniero o l'ingrossamento della piega interaritnoidea sono facili a confermarsi, ma inoltre può esservi anchilosi dell'articolazione crico-aritnoidea, distruzione più o meno completa dell'articolazione o della cartilagine o sua lussazione, deficienza d'innervazione per malattie del sistema nervoso o per pressione sopra un tronco nervoso derivante da un indurimento polmolale, da un

(1) V. « Annali Universali », Vol. 270, pag. 77. — « Due casi di amaurosi prodotte dal chinino. »

(2) Docente di patologia e di microscopia nella Policlinica di Filadelfia e nella Scuola per i laureati in medicina.

conferenziere e scrittore delle proprie gesta chiamando modestamente sè stesso l'eroe delle sette battaglie. Da ultimo fece il merciaiuolo girovago. Prese moglie, ma non ebbe figli. Godeva riputazione di onestà ed ammassò una discreta fortuna, ma non seppe conservarsela. Nessuno lo giudicava capace, malgrado le sue bizzarrie, di pericolose violenze. Fu ricoverato nel manicomio per aver tirato un colpo di pistola contro un suo procuratore che egli sospettava non attendesse con sufficiente zelo agli interessi affidatigli. Ivi tenne contegno tranquillo, amava scrivere ed infatti espose con istile magniloquente le vicende della sua vita.

Era ben difficile poter stabilire se quando fosse rilasciato sarebbe divenuto pericoloso, ma più tardi si venne a scoprire che egli macchinava di uccidere il direttore dello stabilimento.

Riguardo a questa forma di frenosi Krafft-Ebing ritiene che essa sia quasi esclusiva di chi ha antecedenti ereditarii nevrosici, che le allucinazioni ne costituiscono la parte essenziale, e che non tende a produrre la demenza. Molte volte si riscontra nei masturbatori, ma si distingue dalla forma di alienazione mentale loro propria appunto per la mancanza della tendenza suddetta.

Questo ammalato si abbandonò ad atti violenti appena cinque mesi dopo che era stato impiccato Guiteau, l'assassino di Garfield, e da ciò l'Autore deduce l'impotenza delle misure legali e morali contro simili impulsi morbosi.

VII. Wharton H. R. (1). — **Report of eight cases of coxalgia in which eleven operations of subcutaneous osteotomy have been performed in the children's hospital, Philadelphia. With remarks.** (*Relazione di otto casi di coxalgia, nei quali furono eseguite undici operazioni di osteotomia, all'ospitale dei fanciulli di Filadelfia, e considerazioni*); pag. 101.

1.° E. Livingstone, d'anni 4, fu ammessa all'Ospitale il 10 ottobre 1874 per coxalgia destra in secondo stadio con ascessi, adduzione, flessione ed immobilità della coscia. Il 10 novembre 1876 il prof. Ashhurst eseguì la sezione sottocutanea del collo del femore secondo il metodo di Adams e collocò l'arto in buona posizione, medicando la ferita con compresse imbevute di tintura di benzoino ed applicando l'estensione a pesi e due sacchetti di sabbia come sostegni laterali lungo l'arto. L'esito immediato fu favorevole, tuttavia a poco a poco la deformità si riprodusse onde il 10 aprile 1877, cioè cinque mesi dopo la prima operazione, fu eseguita la sezione sottocutanea del femore al dissotto del piccolo trocantere secondo il metodo di Gant con pieno successo, onde il 4 agosto dello stesso anno l'operato usciva dall'Ospitale camminando senza l'ajuto di gruccie nè di particolare calzatura.

(1) Chirurgo all'Ospitale dei fanciulli, docente di clinica chirurgica nell'Università di Pensilvania e chirurgo assistente all'Ospitale dell'Università.

2.° Margherita B., d'anni 8, entrò nell'Ospitale il 25 gennaio 1876 con anchilosi di entrambe le articolazioni dei cotili per sofferta coxalgia, nel settembre del medesimo anno venne eseguita, con qualche settimana d'intervallo l'operazione prima a sinistra, poi a destra, e la ragazzina usciva il 9 marzo 1877, camminando bene, munita però di una scarpa ad alta suola a destra.

3.° Francesco G., d'anni 7, fu operato una prima volta il 1.° novembre 1876 dal dott. Hodge al femore sinistro. La deformità si riprodusse onde l'operazione fu replicata col metodo di Gant sette mesi dopo e il successo fu appieno soddisfacente.

4.° Maddalena S., fu operata da Hodge della sezione del femore sinistro sotto al piccolo trocantere ed uscì guarita dopo 4 mesi ((agosto 1879).

5.° Beniamino C., d'anni 8, fu operato da Ashhurst sotto al piccolo trocantere sinistro. Guarì bene in sette mesi (settembre 1879).

6.° Maria P., d'anni 13, fu operata similmente da Ashhurst e guarì in tre mesi.

7.° Sara B, d'anni 7, fu operata al femore sinistro da Wharton e guarì in tre mesi.

8.° Giacomo C., d'anni 9, operato al femore destro da Wharton, guarì in quattro mesi, ma ebbe bisogno di una scarpa ad alta suola.

Il buon esito di queste operazioni deve in gran parte attribuirsi all'essersi eseguita la sezione dell'osso col metodo sottocutaneo e per lo più appena sotto al piccolo trocantere, con che si viene ad operare su tessuto osseo sano ed inoltre si annulla l'azione del muscolo ileopsoas tendente a flettere la coscia.

Nell'eseguire la sezione il coltello e la sega furono introdotti dalla parte posteriore ed esterna della coscia e l'osso fu segato dall'avanti all'indietro, con ciò vengono evitate le lesioni del nervo crurale anteriore, dell'ischiatico e dei vasi femorali.

VIII. Mackenzie J. (2). — **On nasal cough and the existence of a sensitive reflex area in the nose.** (*Della tosse nasale e dell'esistenza nel naso di un'area sensitiva atta a produrre moti riflessi*); pag. 106.

La tosse è frequentemente un sintomo di malattie nasali, come talora è collegata coll'irritazione del condotto auditivo esterno, forse anche con condizioni morbose dello stomaco e del fegato.

L'Autore osservò che l'introduzione di istrumenti chirurgici nelle narici provoca la tosse od accessi convulsivi specialmente quando essi vengono a contatto colla mucosa delle parti più profonde, osservò pure

(1) Chirurgo all'Ospitale della Carità per le malattie degli occhi, delle orecchie e della gola in Baltimora.

che talora la tosse viene sostenuta da uno stato iperemico, edematoso o ipertrofico della mucosa dei turbinati, egli fu quindi indotto a presumere che esistessero nel naso delle aree di riflessione simili a quelle dimostrate nella laringe e nella trachea. L' ipotesi gli apparve appoggiata dalle circostanze che in alcuni casi di polipi nasali si hanno accessi asmatici, che mancano in altri e per dimostrarla istituì delle esperienze eccitando la mucosa nasale con specilli d'argento o di gomma o con fili d'acciaio, e prescegliendo per le sue osservazioni i negri, che hanno la porzione anteriore della cavità nasale assai dilatata.

L'eccitabilità variò assai da un soggetto all' altro. Finchè lo stimolo non oltrepassava il vestibolo delle narici non si ottennero atti riflessi, quantunque fosse avvertita la presenza del corpo straniero e talora anche si avesse sensazione dolorosa. Penetrando cogli istrumenti alquanto più profondamente si riescì qualche volta a provocare la tosse, che fu costantemente provocata dall' irritazione della mucosa corrispondente alla metà posteriore del turbinato inferiore, mentre l' eccitamento del pavimento delle narigi rimase senza effetto. Con certa larghezza l'area nasale dei moti riflessi può considerarsi estesa alla mucosa dei turbinati medio ed inferiore e della metà posteriore del setto nasale, ossia può considerarsi estesa alla porzione occupata da tessuto erettile, la cui struttura deve quindi ritenersi, secondo ogni probabilità, collegata colla funzione degli atti riflessi. Questi apparvero tanto più facili e pronti, quanto più eravi cengestione o infiammazione nella mucosa. I corpi stranieri penetrati nelle narici possono essere tollerati quando sono all'infuori dell'area suaccennata, mentre provocheranno la tosse quando sieno collocati in corrispondenza di essa, e lo stesso può dirsi dei polipi. Allorquando havvi atrofia della mucosa dei turbinati, come nell'ozena, manca nè si può provocare la tosse riflessa.

Ecco alcuni casi clinici osservati dall'Autore:

1.° Una giovane sana, nervosa, fu colta da tosse secca con dispnea e sudori notturni febbriciattola vespertina, dismenorrea, anoressia ed emoftoe. All'esame del petto non si rilevò che qualche piccolo rantolo mucoso invece si constatò durezza di udito, congestione di entrambe le membrane del timpano, turgore agli orifici delle trombe d' Eustachio, che erano otturate da muco e finalmente occlusione delle narici per ipertrofia della mucosa dei turbinati medii ed inferiori. Le masse ipertrofiche furono esportate in due sedute coll' intervallo di sette giorni, quindi si fecero praticare inalazioni di creosoto e di acido fenico, insufflazioni nell'orecchio medio di acido benzoico e di iodio. Una settimana dopo la seconda operazione ogni sintoma del lato degli organi respiratori era svanito e dopo altri quindici giorni anche l' udito era perfetto.

2.° Un nero era affetto da accessi di tosse con espettorazione tinta di sangue e abbondante scolo nasale; il suo stato generale era buono, l'esame fisico non rivelava nulla di anormale al petto; bensì eravi ca-

tarro ipertrofico della mucosa nasale e faringea. L'introduzione di uno specillo curvo dietro il velopendolo fino a toccare l'estremità posteriore del turbinato inferiore determinò un violento accesso di tosse, nessun altra porzione della mucosa nasale rispondeva in tal modo all'eccitamento. Colla semplice cura di polverizzazioni di acqua salata con aggiunta di bicarbonato di soda e di insufflazioni di acido borico finamente polverizzato in due settimane si raggiungeva perfetta guarigione.

3.° Una ragazza di buona costituzione, soffriva, massime alla notte, da alcune settimane accessi di tosse spasmodica con mal di gola. Essa aveva la tonsilla sinistra ipertrofica e l'Autore glie la esportò. Il mal di gola cessò ma persistette la tosse. Nell'esame del naso il contatto di uno specillo d'argento colla mucosa del turbinato inferiore sinistro provocò l'accesso di tosse. Con pennellazioni astringenti e sedative tutto in breve si dileguò.

4.° Un signore soffriva di tosse persistente con sensazione di corpo straniero nella laringe; in quest'organo non eravi lesione e invece vi aveva iperemia della mucosa dei turbinati inferiori, il cui tocco riusciva doloroso. Le cure furono dirette a queste parti con pieno successo.

5.° Un medico soffriva da venti anni di mal di gola con accessi di tosse allorquando a letto si volgeva sul fianco sinistro. Le cure dirette contro la faringo-laringite cronica non apportarono verun giovamento. L'esame delle narici dimostrò che vi era turgore della mucosa dei turbinati medii ed inferiori, il quale in corrispondenza dell'estremità posteriore del turbinato inferiore sinistro giungeva al punto da otturare affatto il meato della narice. L'esportazione della porzione ipertrofica, del volume di una fragola, mediante un laccio, dissipò ogni disturbo.

6.° Un signore di media età, soffriva da anni di fenomeni di coriza e catarro bronchiale, ma le assidue cure dirette contro queste malattie a nulla avevano giovato.

All'ispezione della cavità nasale si trovò che eravi turgore iperemico delle mucose dei turbinati inferiori e del setto delle narici, con occlusione quasi totale del meato posteriore destro. Gli furono prescritte inalazioni di acqua di catrame, polverizzazioni fenicate, tocchi con allume ammonico-ferrico e con solfato di zinco, e finchè la cura era continuata la tosse cedeva ma ripigliava se essa veniva interrotta. L'ammalato ricusò di sottoporsi ad atti operativi.

7.° Un signore da due anni era molestato da tosse, raucedine, incipiente sordità e tintinnio d'orecchie, l'esame microscopico palesò l'ipertrofia della mucosa del setto e dei turbinati inferiori e medii, specialmente a sinistra, e rossore e turgore degli orifici delle trombe d'Eustachio, che erano occupate da viscido muco. Una cura di polverizzazioni, inalazioni e insufflazioni non diede se non scarsi vantaggi, mentre coll'esportazione delle masse ipertrofiche si ottenne la guarigione.

Un caso simile a questi or riferiti fu esposto dal dott. Hack nel *Berliner klinische Wochenschrift.* N. 25, 1882, pag. 381 e due altri dal dott. Seiler negli *Archives of Laringology*, V. III, E. 3, pag. 240, 1882. Quest'ultimo Autore riterrebbe che la tosse possa essere provocata dallo sgocciolare del muco delle narici nella piega interaritenoide, ciò che in qualche caso speciale può pure essere vero, ma non è ammissibile per quelli suesposti.

L'esistenza di un'area della mucosa nasale, corrispondente alla parte posteriore dei turbinati medii e inferiori e del setto nasale, capace di produrre la tosse per vie riflesse sembra dunque fuori di ogni dubbio. Probabilmente tale proprietà di una porzione della mucosa nasale giova nello stato fisiologico ad impedire l'introduzione di corpi stranieri o di esalazioni nocive. E probabilmente pure molte volte la tosse, che accompagna la corizza, anzichè esser dovuta, come per lo più si crede, ad una diffusione del processo catarrale alla laringe, è di natura riflessa; ma nei casi di coriza cronica la tosse stessa riflessa può esser capace di produrre iperemia laringea e poi una vera laringite riflessa. La trasmissione avverrebbe per mezzo dei nervi vasomotori provenienti dal ganglio cervicale superiore del simpatico.

IX. Duhring L. (1). — **Two cases of « Paget disease of the nipple. »** (*Due casi della malattia di Paget del capezzolo*); pag. 116.

Una malattia particolare del cappezzolo fu descritta per la prima volta da Paget nel 1874 e fu poi osservata da Munnro, Lawson, Napier, Butlin, Morris e Thin, il quale ultimo propose di denominarla *dermatite papillare maligna*. Probabilmente molti casi vengono considerati come semplici eczemi cronici.

L'Autore ne riferisce due esempii.

1.° Una signora d'anni 65, portava da dieci anni un'eruzione d'apparenza eczematosa alla mammella destra con molesto prurito, ingrossamento generale della parte e distruzione del capezzolo sia per effetto del male in sè stesso, sia per effetto dei caustici, coi quali fu curata. Il rossore era più vivo di quello proprio dell'eczema. L'areola e il capezzolo erano sostituiti da un esulcerazione irregolare e profonda. Il cloralio, l'acido fenico, l'iodoformio topicamente, l'arsenico internamente erano riusciti inutili. L'acido pirogallico in pomata (prima cinque, poi dieci grammi in trenta di acqua) diede buoni effetti e fu continuato per sei settimane, in capo alle quali era cessato il prurito e l'esulcerazione si era rimpicciolita ed aveva assunto miglior aspetto, ma sospesa la cura, si ritornò alle primiere condizioni. Si eseguì anche il raschiamento col cucchiaio tagliente, ma il vantaggio non fu che apparente o passeggiero.

---

(1) Professore di dermatologia nell'Università di Pensilvania.

2.° Una signora d'anni 40, debole, da sei anni presentava un'eruzione alla mammella sinistra con prurito, distruzione del cappezzolo ed ingrossamento dell'organo, in cui si notavano indurimenti nodosi. Il calomelano, l'acido pirogallico non riuscirono se non a sedare il prurito, onde anche in questo caso, come nel precedente fu proposta, come unico espediente, l'amputazione.

Questa malattia rappresenta una forma intermedia fra l'eczema ed il cancro. Si distingue dal primo per la tarda insorgenza del prurito, la retta delimitazione della lesiona con margine elevato e la mancanza di pustole o vescicole. Nelle ulteriori fasi le comparsa di nodi duri nella massa ghiandolare indicano una grande analogia colle forme cancerose.

X. Minor J. L. (1). — **Experimental keratitis: its bearing upon Stricker theory of inflammation.** (*La cheratite sperimentale e la teoria di Stricker sull'inflammazione*); pag. 120.

L'Autore al pari di Scuftleben, Coumilman, Axel Keye, Eberth ed altri ripetendo le esperienze di Stricker sull'inflammazione avrebbe ottenuto risultati, che condurrebbero a conclusioni affatto differenti dalle sue.

Egli operò sulla cornea di cani, gatti e rane, tanto in primavera e su animali giovani, come consiglia Stricker, quanto, e senza differenza di effetti, in altre stagioni e in animali adulti.

Due teorie predominano circa l'origine dei corpuscoli del pus, quella di Cohnheim che li crede esclusivamente leucociti migrati dai vasi sanguigni, e quella di Stricker, il quale seguendo e modificando le idee di Virchow li crede derivati dalle cellule stesse dei tessuti inflammati.

La cornea consta di un epitelio e di un endotelio, della membrana di Bowman e di quella di Descemet e del tessuto proprio della cornea stratificata, composto di fasci di fibre diretti in varii sensi, fra i quali si trovano i corpuscoli corneali o cellule nucleati con prolungamenti, inoltre vi sono fibre nervose e si vedono pure leucociti e cellule pigmentate.

L'Autore ha trovato molto opportuno per lo studio la cornea del gatto; quale agente irritante adoperò il nitrato d'argento o la potassa caustica. La cornea veniva esportata a un intervallo variabile da dodici giorni ad una settimana dopo l'applicazione della sostanza irritante.

Per il coloramento impiegava il nitrato d'argento ed il cloruro d'oro e più tardi l'ematossilina od il carmino.

Il nitrato d'argento solido veniva applicato sulla cornea mentre l'animale era ancor vivente, dopo dieci minuti esso veniva ucciso, la cor-

---

(1) Oculista all'Ospitale di Bendall, patologo e chirurgo assistente all'Ospitale per le malattie degli occhi e delle orecchie a Nuova York.

nea era esportata, lavata nell'acqua distillata e immersa per ventiquattro ore in acqua acidula ed esposta alla luce. Con questo processo la sostanza intercellulare assume un color bruno, mentre i corpuscoli e i loro prolungamenti rimangono scolorati.

Per l'altro modo di coloramento la cornea appena levata veniva immersa nell'acqua distillata, indi per cinque minuti nel succo di limone, poi di nuovo nell'acqua e poi per una mezz'ora in una soluzione di cloruro d'oro al mezzo per cento, e da ultimo nell'acqua acidula o nel liquido di Picchard (alcool amilico 1, acido formico 1, acqua 100) dove veniva lasciato per ventiquattro ore, dopo di che era pronta per essere ridotta in lamine ed esaminata. Con questo metodo i corpuscoli corneali e i loro prolungamenti assumono un color porporino, mentre la sostanza intercellulare rimane scolorata, all'inverso di quanto succede col nitrato d'argento, cosicchè si può dire che con un processo si ottiene un'immagine, che è la negativa di quella ottenuta coll'altro.

L'ematossilina e il carmino dànno ai nuclei un colore intenso azzurro o rosso e una tinta simile, ma più leggiera al resto delle cellule.

Quando ad un preparato colorito col nitrato d'argento si aggiunge l'ematossilina i corpuscoli corneali coi loro nuclei assumono una tinta meno marcata di quella dei corpuscoli del pus, i quali nel gatto sono caratterizzati dalla presenza di nuclei a forma di ferro di cavallo. La importanza di questa distinzione è facile a comprendersi. Alla periferia della cornea infiammata i corpuscoli corneali sono sani, ma abbondano i corpuscoli del pus, taluni dei quali passando fra i fascetti fibrosi della cornea assumono una forma oblunga. Nella zona invece che si accosta all'escara centrale i corpuscoli del pus sono assai scarsi, e ritornano numerosi nell'immediata adiacenza dell'escara. Ivi i corpuscoli normali presentano prolungamenti di nuova formazione, alcuni dei quali terminano con un rigonfiamento, donde partono nuovi prolungamenti, si ha insomma un evidente processo di riproduzione.

L'Autore si dichiara quindi partigiano della teoria dell'immigrazione dei leucociti emesse da Cohnheim. Le osservazioni di Stricker sono incomplete, perchè limitate alla zona adiacente all'escara ed a preparati colorati col solo nitrato d'argento. La particolare forma dei nuclei tanto nei corpuscoli del pus quanto nei leucociti, nel gatto, permette di affermare la loro identità. La loro abbondanza nella zona periferica si spiega colla loro emigrazione dei vicini vasi della congiuntiva e della sclerotica e nella zona adiacente all'escara colla partecipazione della congiuntiva al processo infiammatorio. I corpuscoli corneali danno bensì indizii di proliferazione, ma per dare origine ad altri corpuscoli della loro medesima natura non già a globuli del pus.

XI. Bruen E. T. (1). — **Enlargement of the bronchial glands as a cause of irritation of the pneumogastric nerve.** (*L' ingrossamento delle ghiandole bronchiali causa d' irritazione del pneumogastrico*); pag. 125.

Il pneumogastrico regge il ritmo della respirazione; esso contiene fibre acceleratrici e fibre inibitorie, quando esso viene reciso il respiro si rallenta, si accelera se esso viene stimolato. Il nervo ricorrente laringeo superiore contiene specialmente fibre inibitorie ed il suo eccitamento può arrestare la respirazione. Ciò può egualmente avvenire per esaurimento delle fibre acceleratrici del tronco principale del pneumogastrico. La pressione esercitata sul pneumogastrico entro al cavo toracico da una causa morbosa può accelerare il respiro.

Clinicamente si distinguono quattro varietà di asma; la forma spasmodica con o senza enfisema e catarro bronchiale; la forma cardiaca per lo più associata ad enfisema; l'asma uremico della malattia di Bright per contrazione delle arteriole polmonari e infine quello proveniente da irritazione del pneumogastrico.

Nel *Philadelphia Medical Times* (11 ottobre 1879) è riportato un caso di aneurisma della porzione ascendente dall' arco dell' aorta, che comprimeva il pneumogastrico contro le vertebre e cagionava gravi accessi dispnoici, che andarono facendosi sempre più frequenti fino a diventare quasi giornalieri. Contemporaneamente eravi dispnea costante per compressione della trachea e dei bronchi.

Nell'isterismo si hanno soventi disordini del ritmo respiratorio dovuto probabilmente ad irritazione riflessa del pneumogastrico.

L' Autore riferisce tre esempii di dispnea per irritazione del pneumogastrico da causa intratoracica.

1.° Una ragazza d'anni 24, d'abito scrofoloso, accusava ansietà di respiro con dolori a destra ed a sinistra della seconda vertebra dorsale, tosse con scarso escreato mucoso, senza febbre. L'esame fisico rivelava diminuizione della sonorità e del mormorio vescicolare nella regione interscapolare dalla prima alla terza vertebra dorsale, senza aumento in nessun punto del fremito vocale.

2.° Una ragazza d'anni 18, di buon aspetto aveva tosse da due mesi con difficoltà di respiro e dolore nella parte sinistra della regione interscapolare a livello della seconda vertebra dorsale. La ripetizione di profonde inspirazioni le cagionava un accesso dispnoico. La risonanza polmonare era lievemente esagerata, il mormorio vescicolare diminuito agli apici. Non mancavano antecedenti ereditarii sfavorevoli.

3.° Un giovine d'anni 22, soffriva da un anno e mezzo sintomi di catarro faringeo e nasale; aveva tendenza alla diatesi scrofolosa era depresso da gravi studii ed aveva ambascia di respiro.

(1) Medico all'Ospitale di Filadelfia e docente di clinica medica nell' Università della Pensilvania.

L'analisi dei sintomi dimostrava in ognuno di questi casi l'alterazione dell'innervazione respiratoria.

Talora il catarro di qualche tratto delle vie respiratorie superiori è accompagnato dall'ingrossamento dei gangli linfatici cervicali. Nell'influenza furono talvolta osservati segni fisici manifesti dell'ingrossamento delle ghiandole bronchiali (1). Nell'asma prodotta dalla ispirazione della polvere del fieno sembra pure che abbia a ricercarsi l'irritazione del pneumogastrico per compressione delle ghiandole bronchiali. Ciò fu studiato da Gueneau de Mussy relativamente alla pertosse. Egli ha dimostrato che la percussione sui processi spinosi delle vertebre cervicali dà una risonanza tubaria dovuta alla trachea, risonanza che nelle persone sane si estende fino alla quarta vertebra dorsale dove avviene la biforcazione. Quando v'ha notevole ingrossamento delle ghiandole tracheali e bronchiali in corrispondenza delle prime vertebre dorsali si incontra un'ottusità che contrasta marcatamente colla risonanza tracheale superiore e quella polmonare al dissotto.

La difficoltà in tali casi consiste nel differenziarli da quelli d'incipiente tubercolosi, per il che si farà attenzione alla diminuzione di risonanza agli apici polmonari, alla presenza in qualche punto di respirazione bronchiale, di minuti rantoli crepitanti o di accresciuto fremito vocale.

Per la cura l'Autore raccomanda le unzioni con un miscuglio di olio di crotontiglio (1 parte) etere solforico (2 parti) e tintura di iodio (5 parti) oppure con unguento di bijoduro di mercurio (1 gramma per 20 di vaselina) finchè si producano pustole o vescicole. Per lo più il miglioramento si ottiene dopo due o tre settimane, ma talora le unzioni devono essere ripetute molto più a lungo e perfino per un anno intero. Internamente giova l'uso continuato di piccolissima dose di calomelano di protojoduro o di bicloruro di mercurio, dell'acqua di Lugol (soluzione di iodio iodurata) del cloridrato d'ammoniaca, del fosfato di calce dell'olio di fegato di merluzzo e dei ferruginosi. Per riordinare il ritmo respiratorio più prontamente l'Autore consiglia di associare al calomelano il solfato di stricnina; contro gli accessi asmatici raccomanda i preparati di belladonna o le cigarette di stramonio e in seconda linea gli arsenicali, gli oppiacei e i bromuri, per il miglioramento della nutrizione generale ritiene vantaggiosi i cangiamenti di clima (2).

---

(1) Guiteras e White. « A contribution to the history of influenza. » — « Philadelphia Medical Times », 10 aprile 1882.

(2) Per gli effetti della compressione dei bronchi veggansi i seguenti lavori:

« On destructive Changes in the Lung from disease of the Mediastinum invading or compressing the Pneumogastric Nerves or Pulmonary Plexus. » (« Guy's Hospital Reports. » Vol. V, 1859).

XII. Flecher Robert. — **A study of some recent experiments on serpent venom.** (*Riassunto di alcune recenti esperienze sul veleno dei serpenti*); pag. 131.

Grande è il numero delle persone che muoiono ogni anno per morsicature di serpenti velenosi. La media nell'India ascende a ben 20,000. Nell'anno 1880 nell'India furono pagati premii per 212,776 serpenti velenosi uccisi, e nel 1881 per 254,968. Anche in Europa il loro numero non è piccolo; nel solo dipartimento dell'Alta Marna in sei anni furono percepite ricompense per la distruzione di 17,415 vipere.

Per il primo Redi nel 1664 (*Osservazioni intorno alla vipera*) si occupò di esperimenti col veleno della vipera. Nel 1767 Felice Fontana pubblicò a Lucca un opera che ebbe molta voga e fu tradotta in parecchie lingue (*Ricerche filosofiche sopra il veleno della vipera*) e nella quale riferiva i risultati di ben 6000 esperienze. Nel 1845 Luciano Bonaparte analizzava il veleno viperino e vi scopriva un principio attivo che egli denominò viperina o echidnina. (*Ricerche chimiche sopra il veleno della vipera* nella *Gazzetta toscana delle scienze medico-fisiche*, 1843, pag. 169). Weir Mitchell, di Filadelfia, si occupò diffusamente del veleno del serpente a sonagli (1).

Ecco un sunto delle sue osservazioni.

Il veleno del crotalo è una sostanza glutinosa simile ad una densa soluzione di gomma arabica di colore variante dal verde al giallognolo, del peso specifico di circa 1044, di reazione acida, senza sapore acre, innocuo quando inghiottito. Introdotto direttamente nel sangue circolante produce la morte per paralisi dei centri nervosi, e se essa non sopraggiunge molto rapidamente il sangue perde la sua coagulabilità e diventa assai facile a decomporsi. I solfiti ed iposolfiti sono affatto impotenti contro tale veleno, l'acido fenico ritarda l'esito letale, perchè rallenta localmente la circolazione coagulando l'albumina. Recentemente però un soldato francese morsicato da una vipera naja in Algeria e ridotto in condizione inquietante guarì dietro l'applicazione di una so-

---

« On Collapse, Emphysema and Destructive Pneumonie in association with tumours compressing the Bronchi. » (« Lancet », marzo e aprile, 1878.

Riegle. « Stenosis of Trachea and Bronchial Tubes. » (« Ziemssen's Cyclopaedia. » Vol. IV).

Ogle. « Effect of Aneurismal Pressure. » (« London Pathological Transactions. » Vol. XVII).

« Effects upon the Lung of Bronchitis and Bronchial Obstruction. » — (« Edinburgh Medical Journal », 1850-51).

(1) Researches upon the Venom of the Rattlesnake, with an Investigation of the Anatomy end Physiology of the organs concerned. » (« Smithsonian Contributions to Knowledge. » Washington, 1860).

« Experimental Contributions to the Toxicology of Rattlesnake Venom. » (« New York Medical Journal », 18 8).

luzione concentrata di acido fenico (1). Fu asserito che il veleno dei serpenti fosse capace di distruggere anche la vita vegetale, ma ciò fu dimostrato falso, anzi Darwin lo ritiene uno stimolante dal protoplasma vegetale (2).

Fayrer presidente del Consiglio medico di Calcutta provò l'azione del veleno del cobra ed altri serpenti su molti animali, buoi, cavalli, capre, maiali, cani, gatti, zibetti, conigli, ratti, polli, nibbii, aironi, pesci, rettili innocui e velenosi, lucertole, rane, rospi e lumache constatò che essa era più pronta negli animali a sangue caldo e specialmente negli uccelli, ma che sebbene più lenta era immancabile anche in quelli a sangue freddo. La resistenza è in genere proporzionale al volume degli animali, ma nei gatti è molto più considerevele che in altri di egual mole.

I serpenti in genere, non sono sensibili agli effetti del veleno loro proprio o d'altro serpente, tranne quelli di piccoli dimensioni e di veleno poco potente, i quali sentono, ma assai debolmente, l'azione venefica dei serpenti più terribili quali il cobra e daboia. Contrariamente all'opinione finora più accreditata Fayrer asserirebbe che il veleno ofidico ha effetto letale anche quando venga introdotto nello stomaco od applicato alla congiuntiva, e che anzi il sangue di un animale morto per morsicatura avvelenata è esso stesso velenoso e capace di produrre la morte degli animali, ai quali venga iniettato. Tuttavia i polli e piccioni uccisi in queste esperienze furono mangiati impunemente dagli inservienti, sebbene Fayrer non creda che la cottura sia sufficiente a togliere l'efficacia al veleno. I serpenti per quanto insensibili ai proprii veleni non godono veruna immunità contro gli altri sia vegetali che minerali, anzi soccombono prontamente all'acido fenico, per cui hanno una grande avversione. Tutti gli antidoti conosciuti sarebbero secondo Fayrer inefficaci, la legatura, l'escisione o la recisione della parte offesa e la cura generale sono i soli mezzi, che hanno qualche probabilità di buon esito.

Lacerola, direttore del laboratorio fisiologico nel Museo nazionale di

---

(2) « De la morsure de la vipère Naia en Algèrie et de son traitement par l'acide phénique. » Par M. Jacquemet. (« Rec. de mém. de méd. mil. » Parigi 1881, Serie III, p. 226).

(3) J. Gilman. « On the Venom of Serpents. » (« St. Louis Med. and Surg. Journ. », 1854, p. 25).

Salisbury. « Influence of the Poison of the Northern Rattlesnake. (Crotalus durissims) on Plants. » (« New York Journ. Med. », 1854, p. 337).

Serpents venimeux. (« Dict. encyclop. des sciences médicales », 1881).

Lander Brunton and J. Fayrer. « On the Nature and Physiological Action of the Crotalus-poison as compared with that of the Naia tripudians and other Indian Venomous Snakes. » (« Proc. Roy. Society », 1875, N. 179).

J. Jayrer. « The Thanatophidia of India. » Londra 1872.

Rio Janeiro ha sperimentato per dieci anni col veleno dei serpenti velenosi brasiliani e massimamente con quello del *Bothrops iaracassu* assai simile al crotalo americano, vide o credette vedere fin dal 1872 in esso *fermenti figurati* dai quali avrebbe constatato la riproduzione per spore (1).

Lacerda con Couty, allievo di Bernard, studiò altresì il veleno del *Bothrops jararaca*, alquanto meno potente, e osservò che iniettato nei tessuti o nelle cavità come nei muscoli, nel cuore, nella pleura, nel cervello, negli intestini, nello stomaco, nei polmoni, purchè fossero rispettati i vasi, non produceva se non vivissima reazione locale. Le scimmie apparvero assai più sensibili al veleno che non i cani. Nel 1881 annunciò di aver scoperto l'antidoto nel permanganato di potassa. Egli faceva mordere al serpente dei fiocchi di bambagia, ne spremeva il veleno così ottenuto, lo diluiva con otto o dieci grammi di acqua distillata e ne iniettava una siringa intera di Pravaz nel tessuto cellulare della coscia o dell'inguine di un cane; dopo uno o due minuti iniettava nelle medesime parti un'egual dose di soluzione di permanganato di potassa nella proporzione di 1 0[0 e l'animale non presentava verun indizio di avvelenamento e solo un'irritazione locale, mentre la medesima quantità di veleno iniettata senza l'antidoto produceva sudori e ascessi. In un'altra serie di trenta esperienze fece delle iniezioni intravenose di una mezza siringa di veleno diluito e di due di permanganato di potassa senza osservare altro che un po' di agitazione nella grande maggioranza dei casi, mentre in due soli animali l'esito fu letale da attribuirsi per uno alle sue cattive condizioni di salute, per l'altro all'indugio nel somministrare l'antidoto. Finalmente in una terza serie di esperimenti si aspettò a fare l'iniezione intravenosa dell'antidoto finchè erano già manifesti i segni dell'avvelenamento consistenti nella midriasi, nella dispnea, nell'acceleramento delle pulsazioni cardiache, nella perdita involontaria delle feci e delle orine, e allora questi in pochi minuti svanivano non rimanendo che una grande prostrazione di forze, mentre nei casi, nei quali fu ommessa l'introduzione del contravveleno l'animale dovette soccombere.

Badaloni cercò di sperimentare il valore del permanganato di potassa contro le morsicature della vipera, ma ebbe risultati varii ed incerti, talora gli animali essendo sopravvissuti, quantunque non fosse stato iniettato l'antidoto, talora essendo morti malgrado questo fosse stato somministrato (2).

Richards, di Calcutta, pure dietro esperienze proprie, verrebbe alla

(1) « Comptes rendus de l'Acad. de Sc. » Parigi 1877, Vol. LXXXVII, p. 1093-1095; 1879, p. 372-376, 1880, p. 549.

(2) Badaloni G. « Sul valore del permanganato di potassa quale antidoto del veleno dei serpenti. » Bologna 1882.

conclusione che il permanganato di potassa riesce efficace, quando giunge a neutralizzare il veleno ancora in sito, mentre torna inutile, se il veleno è già entrato in circolazione. La quantità dell'antidoto nella solita soluzione deve essere quattro volte maggiore di quella del veleno perchè ne annulli perfettamente la forza, almeno secondo quanto avrebbe verificato nei polli. (*Indian Med Gaz.* 1882, XVII, pag. 1, 57, 85).

Le Bon quantunque ammetta il potere disinfettante del permanganato di potassa da tutti riconosciuto, gli nega ogni valore contro i microbi (*Comptes Rendus*, 1882, II, pag. 259), mentre Sternberg lo crede assai potente germicida. *Amer. Journ. of the med. Science*, 1883, aprile).

Aron assistente del prof. Binz, di Bonn istitui molte esperienze sui conigli mediante veleno essicato di cobra ricevuto dall' India. In sette casi su tredici il permanganato di potassa non giovò a nulla, invece salvò 17 conigli su 23 mediante il cloruro di calcio. L'alcool, la caffeina, la atropina, la brucina si dimostrarono inefficaci. I conigli ai quali non fu prestato il soccorso di nessun antidoto soccombettero tutti all'avvelenamento (1).

Nel *Journal d'Hygiène* del 22 settembre 1881 è riferito il caso di un uomo, il quale morsicato al Brasile da un enorme *jararaca* ricevette prontamente cinque injezioni della soluzione di permanganato e ne prese un cucchiaino anche per bocca con felice successo.

Vulpian però osservò come il lodato antidoto non sia innocuo; un mezzo gramma di permanganato iniettato nella vena giugulare di un piccolo cane produsse la morte (2). Ben è vero però che per ottenere l'azione antidotica non occorrerebbe, secondo quanto viene proposto, giungere a dosi relativamente così elevate, poichè dovrebbero bastare pochi centigrammi anche per un uomo; inoltre il veleno stesso può renderlo meglio tollerato, come fa ben sopportare l'alcool a dosi più che sufficienti per produrre, nelle condizioni ordinarie, grave ebrezza.

Couty, coadjutore di Lacerda nelle sue esperienze, dapprima ne aveva accettate interamente le conclusioni, ma poi venne ad accostarsi a quelle di Richard, che cioè il permanganato di potassa sia efficace solo localmente, ma Lacerda non mancò di dimostrare che le esperienze particolari del suo nuovo oppositore non erano attendibili, perchè sarebbe stata eccessiva la quantità di veleno iniettato, corrispondente cioè a sedici o diciasette morsicature di serpente, e quindi inevitabilmente mortale malgrado ogni sussidio (3).

---

(1) Aron Theodor. « Experimentelle Studien über Schlangengift. » (« Centralblatt f. klin. Med. », 1882, N. 31, 1° novembre).

(2) « Etudes expérimentales relatives à l'action que peut exercer le permanganate de potasse sur les venins, les virus et les maladies. » (« Comptes rendus », 1882, XCIV, 614).

(3) « O permanganto de potassa contre a mordedura de cobras. » (« Gaz. med. de Bahia », 1882, II, S. VI, 530).

È singolare che mentre Lacerda a Rio Janeiro scopriva le proprietà antidotiche del permanganato di potassa, quasi contemporaneamente, Armando Gautier a Parigi trovava consimili proprietà nella potassa caustica (1), al che giungeva mentre si occupava dello studio della ptomaine, simili, come è noto, agli alcaloidi vegetali e scoperte or sono dieci anni da Selmi. Gautier le scopriva nel sangue putrefatto, altri anche nel corpo vivente, nell'orina, nella saliva, nel sangue, nei muscoli, nel liquido delle cisti ovariche, nell'amnios. Corona le trova analoghe in qualche guisa alla muscarina (2), ossia al principio velenoso dei funghi, poichè questa come le ptomaine produce l'immediata perdita della contrattilità elettrica muscolare subito dopo la morte ciò che non è proprio degli altri alcaloidi. Gautier dalla saliva di un uomo sano estraeva ptomaine in quantità sufficiente da uccidere un uccello, ricavandola direttamente dalla parotide mediante il cateterismo dal condotto stenoniano per evitare che vi si commescolassero sostanze eterogenee eventualmente presenti nel cavo orale. Egli avvertiva che esse hanno analogia anche coi veleni dei serpenti, poichè tanto le une quanto gli altri conservano le loro proprietà deleterie anche se esposti a temperatura elevata, superiore a quella dell'acqua bollente (125° cent.) per parecchie ore, od anche se essiccati; sì le une come gli altri non possono quindi ascriversi ai fermenti figurati; essi rispondono egualmente ai reagenti chimici, hanno consimile potere riduttivo e finalmente acquistano in virulenza a contatto col succo gastrico e ne perdono invece a contatto colla bile. Gautier trovò che l'iniezione sia ipodermica che intravenosa di una soluzione di potassa caustica vale a neutralizzare il veleno del cobra e siccome il permanganato di potassa nel sangue vien tosto decomposto le sue conclusioni si identificano con quelle di Lacerda.

Corre, medico della flotta francese descrisse i sintomi prodotti dalla ingestione di alcuni pesci velenosi dei mari tropicali, sintomi che rassomigliano a quelli dell'avvelenamento per ptomaine o per morsicature di serpenti, e Remy dimostrò sperimentalmente che il principio nocivo è contenuto soltanto negli organi genitali, sia maschili che femminili (3).

Merita di essere rammentato che fin dal 1868, tre anni prima che Selmi pubblicasse le sue scoperte, Weir Mitchell presentiva la possibilità di separare e concentrare il principio tossico delle sostanze in putrefazione, come appare da un passo a pag. 23 della sua opera già citata: *Experimental Contributions to the Toxicologis of Rattlesnake Venom.*

---

(1) « Bull. Acad. de med. » Parigi 1881, 2.a S. Vol. X, p. 779, Cap. 948.

(2) Gianetti e Corona. « Sugli alcaloidi cadaverici o ptomaine del Selmi. » Memoria letta all'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, A. 1880.

(3) « Notes sur les poissons toxiques du Japon. » — « Comptes rendus de la Soc. de Biologie », 1883, IV, 363.

Gautier, Le Bon, Ogston ed altri ritengono che i bacterii o taluni bacterii possano secernere le ptomaine, ma ciò è puramente ipotetico, ciò che è positivo si è che l'introduzione sia di veleni dei serpenti, sia delle ptomaine in dose ragguardevole produce rapidamente la morte per paralisi centrale, mentre l'iniezione di piccole dosi delle medesime sostanze cagiona irritazione locale, gangrena e consecutivamente setticoemia.

In questo ultimo modo sembra operare il *sui* o veleno in aghi dell'India. I semi dell'*Abrus precatorius* sono commestibili e usati in tempo di carestia, ma polverizzati e introdotti nel tessuto cellulare producono inevitabilmente effetti letali. I depredatori di animali dell'India, i quali non hanno altro scopo che di venderne le pelli, fanno colla farina dei semi dell'*Abrus precatorius* una pasta e di questa formano degli aghi o chiodi che essiccati diventano assai duri e muniti di un manico di legno sembra possano venir infitti nella pelle degli animali, ove si rammolliscono e si disciolgono producendo linfangioite, depressione delle forze vitali e morte nello spazio di circa due giorni. (*Ind. Med. Gaz.* 1882, XVII, 287).

Halford, dell'Università di Melbourne, raccomanderebbe contro il veleno dei serpenti l'uso dell'ammoniaca, da lui trovata efficacissima contro le morsicature del serpente-tigre (*hoplocephalus curtus*) (1). Ma Fayre e Weir-Mitchell non ammettono tale opinione e credono che le morsicature dei serpenti dell'Australia sia per sè stessa poco pericolosa. Helford asserisce che il veleno dell'oplocefalo contiene dei corpuscoli minutissimi i quali avrebbero il potere di togliere ai globuli sanguigni la facoltà di assorbire l'ossigeno.

Sotto l'azione del veleno crescerebbe enormemente nel sangue la quantità dei globuli bianchi.

Anche il jaborandi fu impiegato con buon successo in un caso di morsicatura di vipera (2).

Mitchell e Reichert studiarono pure il veleno del *gila mostruoso* o *heloderma suspectum* solo membro velenoso della famiglia delle lucertole (3). Uno di tali animali lungo circa 35 centimetri trovavasi lo scorso novembre 1883 all'Istituto Smitsoniano e mentre veniva esaminato dal dott. Shufeldt lo morsicò gravemente ad un pollice, tanto che egli dopo aver succhiato alquanto la ferita cadde in isvenimento per l'intenso dolore diffuso a tutto il braccio, tuttavia guarì in pochi giorni. Facendo morsicare a questo animale un piccolo piatto se ne potè rac-

---

(1) « The treatment of Snake-bites in Victoria. Melbourne, 1870.

(2) « Morsure de vipère; accidents graves; emploi du jaborandi; guérison. » (« Gaz. hebd. de med. et de chir. » Paris, 1882, 2.ª S. XIX, 835).

(3) Weir Mitchell and E. Reichert. « A partial study of the poison of Heloderma suspectum (Cope), the Gila monster. » (« Medical News », Philadelphia, 1883, XIII, 209).

cogliere la saliva che aveva un debole odore aromatico ed era alcalina, mentre i veleni dei serpenti sono acidi. Venti centigrammi di questa saliva diluiti in doppia quantità di acqua e iniettati nel muscolo pettorale di un grosso piccione lo uccisero in sette minuti. Anche nei conigli con dosi non maggiori si ebbe rapidamente la morte. Secondo Mitchell e Reichert il veleno dell' *heloderma* non cagiona reazione locale, arresta il cuore in diastole, non toglie dopo morte l' eccitabilità elettrica ai muscoli ed ai nervi tranne che al cuore ed al midollo spinale. Invece i veleni dei serpenti agiscono più sugli organi del respiro che sul cuore, diminuiscono l'eccitabilità elettrica, ma non operano così bruscamente sul midollo spinale (1).

Ott, di Easton in Pensilvania, sperimentò sul veleno del serpente a testa di rame, *trigonocephalus contortrix* e lo trovò più debole di quello del serpente a sonagli (2).

Mitchell e Reichert (3) in altro lavoro annunciano di avere trovato nel veleno dei serpenti tre distinte sostanze proteiche delle quali, due solubili nell'acqua e l'altra no. L'una delle due prime si mantiene inalterata anche alla temperatura di 100° gradi C. e quindi si separa facilmente perchè la bollitura distrugge e fa precipitare le altre sostanze proteiche. Per molte reazioni essa sarebbe caratterizzata quale un *peptone*, e sarebbe questo il primo caso finora conosciuto di un peptone che si formerebbe in una secrezione d' un corpo vivente indipendentemente dalla digestione. La seconda sostanza sarebbe una *globulina* e la terza, non ancora finora perfettamente isolata, sarebbe una *albumina*,

Il *veleno peptone* produrrebbe esclusivamente intensi effetti locali indurrebbe con una rapidità straordinaria gangrena e putrefazione; il *veleno globulina* sarebbe attivissimo, in due ore farebbe morire un grosso piccione alla dose di due milligrammi e cagionerebbe abbondante stravaso sanguigno nei tessuti; quanto al *veleno albumina* avrebbe proprietà ancora mal definite.

Questa scoperta apre un vasto campo a nuovi dubbii, a nuovi problemi ed a nuove ricerche ed è ragionevole sperare che queste abbiano ad essere coronate dalla scoperta di un sicuro antidoto. Secondo Mitchell e Reichert il bromo, il iodio, l' acido bromidrico, la soda, la potassa, il permanganato di potassa avrebbero tutti la facoltà di scomporre e rendere innocuo il veleno dei serpenti.

---

(1) « The bite of the Gila monster », Heloderma suspectum, Cope. (« Am. Naturalist. » Philadelphia, XVI, 907).

(2) « The Physiological Action of the Venom of the Copperhead Snake. » Trigonocephalus contortrix. (« Virginia Med. Monthly. » Feb. 1883).

(3) « Preliminary Report on the Venoms of Serpents. » (« Med. News. » Philadelphia, 1883, XIII, 469).

XIII. Northrup W. (1). — **Extensive interlobular emphyseme and abscess of the lung, after whooping-cough in a child of two months. Unique case.** (*Un caso di esteso enfisema interlobulare con ascesso polmonare in seguito ad ipertosse in una bambina di due mesi*); pag. 147.

Una bambina, esposta, morta all'età di due mesi per diarrea e pertosse presentava alla necroscopia le seguenti alterazioni: ghiandole bronchiali ingrossate, lobi polmonali superiori enfisematosi, gli inferiori epatizzati. Le porzioni enfisematiche mostrano internamente un labirinto di cavità d'ampiezza variabile del volume di un pisello a quello di una nocciuola. Non si ha enfisema dei mediastini. Nei lobi inferiori havvi negli spazii interlobulari pus e fibrina in grande copia. Nel tessuto sottopleurico si scorgono i vasi linfatici assai dilatati.

Difficilmente si troverà nella letteratura medica un caso consimile di enfisema interlobulare accompagnato da bronco-pneumonite e consecutivo a pertosse. Per solito l'enfisema risultante dalla pertosse si diffonde ai mediastini ed al collo.

XIV. Grant H. (2). — **An anomaly of the human heart.** (*Una anomalia del cuore umano*); pag. 149.

Una ragazza mulatta, gracile, morì in età di 16 anni, dopo aver sofferto per un anno dispnea con tosse, emoftoe ed irregolarità del polso, senza segni fisici dal lato degli organi respiratori, mentre eravi un soffio al primo tono alla tricuspidale, che quindi fu giudicata affetta da insufficienza.

Alla necroscopia si osservarono nei polmoni numerosi infarti emorragici assai piccoli, senza tubercoli, nè ascessi, l'orecchietta destra era assai dilatata, come anche il ventricolo destro e la relativa valvola auricolo-ventricolare notevolmente insufficiente. Ma ciò che recò grande sorpresa si fu di rilevare che non eravi arteria polmonale procedente dal ventricolo destro il quale invece comunicava coll'aorta al pari del sinistro; dall'aorta poi partivano due arterie dirette ai polmoni.

Le dita delle mani e dei piedi avevano quella conformazione a clava, che accompagna frequentemente i vizii valvolari.

In questo caso sembra che la congestione polmonale e le conseguenti ripetute emorragie siano da ascriversi non a stasi ed a mancanza della *vis a tergo*, ma piuttosto ad aumentato impulso, poichè il deflusso del sangue dai polmoni non incontrava ostacolo, mentre l'afflusso era necessariamente accresciuto in forza e quantità perchè dipendente dall'impulso non di un solo, ma di entrambi i ventricoli cardiaci. È sin-

(1) Medico dell'Ospizio degli Esposti in Nuova York.

(2) Docente di anatomia e di chirurgia alla Scuola di Medicina del Kentucky a Louisville.

golare che in tali condizioni la vita abbia potuto protrarsi fino all'adolescenza.

XV. Altounian Nishan. — **Statistics of 272 lithotomy operations.** (*Statistica di 272 operazioni di litotomia eseguite in Turchia*), pag. 151 (1).

Dal 1860 in poi il dott. Altounian eseguì 272 litotomie in ammalati di età da 1 ad 80 anni. Il peso dei calcoli variò da 2 a 320 grammi, e di essi 119 erano urici (in soli tre casi si ebbe morte) 71 fosfatici (7 morti), 42 ossalici (5 morti), 40 d'altra natura (nessun morto). Il metodo laterale fu seguito 64 volte, e 5 volte con esito infausto, il medio laterale 167 volte con 7 insuccessi, il mediano 33 volte con 2 morti e il mediano bilaterale 5 volte con un decesso.

Quanto all'età ed all'esito gli operati furono così ripartiti:

Da	1 a	10	anni,	operati	47	decessi	1
»	10 »	20	»	»	79	»	4
»	20 »	30	»	»	66	»	2
»	30 »	40	»	»	38	»	2
»	40 »	50	»	»	23	»	4
»	50 »	60	»	»	6	»	—
»	60 »	80	»	»	3	»	2

In quattro casi i calcoli erano aderenti, in un caso dopo l'operazione rimase la fistola perineale, in quindici casi vi fu emorragia secondaria, in undici peritonite, in dieci flemmone, in trentasette cistite, in nove risipola.

Il rapporto delle morti cogli operati fu del 5 per 100.

La durata dell'intera operazione fu generalmente di due minuti.

Non si fece uso di antisettici. Le ferite furono lavate con acqua calda, e talora con acqua saturnina.

XVI. Jenekes L. — **The radical cure of varicocele.** (*La cura radicale del varicocele*); pag. 153.

Non è nuova l'idea di guarire il varicocele comprimendo le vene con adatto istromento. Essa è menzionata fin da trent'anni fa nelle opere chirurgiche, ma T. W. Williams con un fermaglio da lui ideato avrebbe avuto risultati singolarmente favorevoli, poichè di circa 200 ammalati da lui operati nessuno perì e solo quattro non ottennero un pieno successo. (*Chicago Medical Journal and Examiner*, maggio 1879, pagina 471).

Brodie, Home, Delpech, facevano contro il varicocele la legatura

---

(1) Lavoro tradotto dall'armeno dal figlio dell'Autore, dott. Altounian Melkan della Scuola medica Jesserson.

delle vene; l'ultimo anzi fu assassinato da un suo cliente, cui in seguito a tale operazione, si erano atrofizzati i testicoli. Il dolore cagionato da tale operazione è molto vivo e la flebite che sussegue non è senza pericolo. Col compressore ideato da William si chiudono le vene, separate dalla arteria spermatica e del vaso deferente fra due lamine, che mediante un vite vengono gradatamente ravvicinate. Il dolore è intenso per le prime ore e richiede l'amministrazione di qualche anodino. La pressione viene mantenuta per quattro o cinque giorni, se si ha notetevole edema dello scroto si applica un cataplasma di linseme. Non si ha suppurazione. Naturalmente il paziente deve stare a letto sino a cura finita.

XVII. Lidell J. (1). — **On certain abscesses of the neck, which may cause sudden death, and how to treat them with success.** (*Di certi ascessi del collo, che possono cagionare morte istantanea e loro appropriata cura*); pag. 321.

1.° Fin dal 1864 ebbe l'Autore una prima occasione di vedere un giovine soldato diciottenne attaccato successivamente da blennorrea, angina tonsillare, esulcerazioni laringee e febbri intermittenti soccombere improvvisamente per soffocazione cagionata dalla compressione sulla laringe per parte di un ascesso del volume di un uovo di gallina collocato sotto il muscolo sterno-cleido-mastoideo sinistro. L'autopsia rivelò anche l'epatizzazione del lobo inferiore del polmone sinistro e del lobo, medio del polmone destro, ma l'Autore non crede potesse trattarsi di pneumonite decorsa subdolamente, ma piuttosto di una forma embolica prodottasi negli ultimi momenti di vita.

2.° Un uomo di media età dopo aver sofferto di angina tonsillare presentò pure un ascesso profondo alla parte sinistra del collo, e memore del funesto esito del caso precedente l'Autore si affrettò ad aprirlo, essendovi già dispnea e disfagia, e a tal uópo praticò dapprima un'incisione lungo il margine anteriore del muscolo sterno-cleido-mastoideo, quindi sulla guida di una sonda tagliò la fascia cervicale superficiale e quella profonda, e da ultimo adoperando solo le dita e lo specillo aprì la via al pus. Questo modo di operare è in opposizione coi precetti dei trattatisti, i quali dicono che gli ascessi devono essere aperti d'un sol colpo, ma è facile comprendere le ragioni anatomiche che indussero ad agire diversamente.

3.° Un uomo di 55 anni colle apparenze di un bevitore veniva una sera accolto nell'Ospitale con tumefazione e rossore erisipelaceo al collo, e al mattino moriva per asfissia. La sezione del cadavere rivelava l'esistenza di un ascesso sotto i muscoli tiro-ioideo e sterno-tiroideo sinistro con denudazione della cartilagine tiroide e infiltrazione di

(1) Chirurgo nell'Ospitale Bellevue di Nuova York.

pus nella ghiandola sotto-mascellare sinistra e nella parotide destra e con pneumonite destra in terzo stadio. Questo caso dimostra ad evidenza che gli ascessi profondi del collo non hanno tendenza spontanea ad un esito favorevole, ma richiedono un sollecito intervento dell'arte.

4.° Una donna irlandese d'anni 40 entrava all'Ospitale il 18 ottobre 1849 con turgore del collo, della faccia e della lingua, con disfagia, afonia e dispnea. Dopo sei giorni incominciò ad espettorare pus di cattiva qualità e sebbene la tumefazione diminuisse, dovette soccombere otto giorni dopo il suo ingresso nell'Ospitale per edema della glottide. All'autopsia si riscontrò un ascesso della parte anteriore del collo in comunicazione colla faringe. Gli ascessi del collo possono aprirsi altresì nell'esofago, nelle cavità pleuriche, nel mediastino anteriore come se ne trovano raccontati esempi nei libri di chirurgia. Oggidì nella cura di tali ascessi non si dimenticheranno le precauzioni antisettiche, e l'applicazione di tubi per lo scarico del pus.

5.° Un uomo d'anni 46 in convalescenza di febbre tifoidea fu colto da disfagia ed accessi dispnoici; fu eseguita la tracheotomia con passeggiero sollievo, ma dopo due giorni sopravvenne la morte. L'autopsia palesò l'esistenza di un ascesso del volume di una nocciuola collocato fra l'esofago e la laringe. (*New Sydenham Soc. Year-Book*, 1861, pag. 248).

6.° Un ragazzo quindicenne robusto lagnavasi di dolore al collo con difficoltà ad aprire la bocca ed a muovere il capo e tumefazione della parotide destra. Datavano da sedici giorni queste sofferenze, quando sopraggiunse emorragia del naso e della bocca; la parete posteriore della faringe presentavasi allora tumefatta e da essa dopo altri due giorni uscì pus commisto a sangue, le emorragie si replicarono nei giorni successivi e così copiose da produrre in breve la morte. All'autopsia si notò la carie dell'atlante. (*Wurtemb. Corresp. Blatt*, XIV, 1858 e *Holmes's System of Surgery*, I, p. 133).

7.° Una irlandese, di circa 30 anni, piuttosto gracile presentava come nel caso precedente, dispnea, disfagia, difficoltà ad aprire la bocca e impossibilità di volgere il capo con tumefazione delle regioni parotidee. Col dito introdotto nelle fauci percepivasi l'esistenza di una tumefazione molle sulla parete posteriore della faringe, coll'incisione della quale si diede uscita a grande copia di pus e si ebbe immediato sollievo. L'ascesso dovette essere aperto altre due volte ma infine coll'ajuto anche di una cura marziale si ottenne la guarigione.

8.° Un notaio fu colpito da suppurazione della ghiandola sotto-mascellare destra, al che seguirono ripetute e gravi emorragie. Dilatate le aperture dell'ascesso si trovò che l'arteria facciale era stata corrosa e se ne fece due volte la legatura ma invano stante la fragilità delle sue pareti, onde fu necessario ricorrere al caustico attuale, con che l'emorragia fu arrestata e si conseguì la guarigione. (Mc Clellan. *Principles and Practice of Surgery*, pag. 200, Filadelfia 1848).

9.° Un signore dopo essere stato operato di uno scirro della parotide con legatura della carotide esterna e di quella interna presentò gravi ricorrenti emorragie della ferita che era già quasi per intero cicatrizzata, dilatatala di nuovo si scoprì che l'arteria tiroidea superiore era corrosa e presentava una fessura. Le sue pareti erano così fragili che invano fu tentata la legatura, e invece si ottenne l'emostasi e poi la guarigione dietro l'applicazione del cannello di nitrato d'argento.

10.° Un giovane italiano fu accolto nell'Ospitale per angina tonsillare, che fu seguita da suppurazione e successivamente da emorragie tonsillari ricorrenti così minacciose da richiedere la doppia legatura della carotide comune nella sua recisione nel punto intermedio ai lacci. In sei settimane la guarigione era perfetta. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1879, N. 34).

Probabilmente i casi riferiti dagli autori, di morte per emorragia consecutiva all'artificiale apertura di ascessi tonsillari sono da spiegarsi mediante la corrosione, anzichè la diretta lesione delle arterie.

La facilità colla quale gli ascessi del collo danno luogo a gravi emorragie deve ascriversi non solo all'importanza dei vasi di cotesta regione, ma più ancora alla denutrizione delle loro pareti per il deperimento generale e per il materiale inceppamento che incontra la deglutizione e quindi l'alimentazione.

Nella cura di tali emorragie converrà guardarsi dal far uso del percloruro di ferro poichè il coagulo resistente che esso produce può essere di ostacolo sia alla chiusura dell'ascesso, sia alle ricerche ed operazioni ulteriori che si dovessero fare quando l'emorragia non cessasse o fosse necessario ricercarne la fonte ed applicarvi le legature od il caustico attuale.

Quando circostanze speciali non permettessero di ricorrere a questi ultimi mezzi si eseguirà la compressione della carotide primitiva contro le vertebre cervicali o infine se ne praticherà la legatura, che sarà preferibile a quella della carotide esterna, poichè nei casi specialmente di emorragia tonsillare non è possibile determinare se essa provenga dai rami della carotide esterna o dalla interna.

XVIII. Morison Robert. — **A contribution to the general knowledge concerinng the prurigo papule.** (*Contributo alle cognizioni generali intorno alla papula della prurigine*); pag. 341.

Non essendo d'accordo le opinioni degli autori circa l'istologia delle papule della prurigine il dott. Morison pensò di ripigliare *ex novo* l'argomento facendolo oggetto di studj nel Laboratorio dell'Istituto Patologico di Praga diretto dal prof. Chiari e mediante materiali forniti dal prof. Pick, che presentò nei suoi ammalati i varj studj dell'alterazione cutanea.

Willan (*On cutaneous diseases*, 1808) distingueva quattro classi di prurigine: *mite*, *formicante*, *senile e senza papule*, considerava la

malattia come una nevrosi e il prurito quale elemento essenziale, descrisse le papule come più grandi e meno accuminate ed inflammate di quelle del lichene e coperte di cro ste formate dell'uscita di sierosità commista a sangue, per effetto di soffregamenti o graffiature.

Bateman (*Practical treatise on skin diseases,* 1835) seguì le idee di Willan e così Plumbe (*On diseases of the skin*, 1827). Alibert (*Description des maladies de la peau,* 1825) ammette maggior importanza all'eruzione cutanea e d enomina le malattie *psoriasi papulosa.* Cazenave (*Abrégé psatique des maladies de la peau,* 1838) notò che quando la malattia dura da lungo tempo le papule sono voluminose e la pelle ingrossata, egli la qualificò un'iperestesia per inflammazione delle terminazioni nervose (*Gaz. des Hôp.*, 1847, p. 104). Simon (*Die Hautkrankheiten durch Anatom. Un tersuch.*, 1857) ritenne cagionata la papilla da una semplice infiltra zione sierosa della cute. Weell (*Grundzuge der pat. Histologie*, Vienna 1854, pag. 247) osservò che il siero delle papule è giallognolo e che esse sono attraversate per lo più da parecchi peli. Cannet (*Gaz. des Hôp.*, 1856, pag. 126) assimilò la prurigine al lichene, trovando simiglianza di sintomi e spesso anche la loro concomitanza in un medesimo ammalato. Von Baerensprung (*Ann. d. Charité zu Berlin,* VIII, 1358) intese dimostrare che le papule non contengono un liquido, ma bensì come un sacco ripieno di cellule, che esse quindi non sono papille ingrossate e distese, ma ghiandole sebacee alterate. Von Veiel (*Prag. Vierteljahresschrift f. prak. Heilk.*, 1862, pag. 70), credette di poter asserire che la malattia sia ereditaria e preferibilmente a generazioni alternate, ma non trovò proseliti. Charcot e Vulpian (*Bull. de Thér.* LXII, giugno 1862) osservarono nel curare ammalati di atassia locomotrice progressiva che l'amministrazione prolungata del nitrato d'argento cagiona talora un'eruzione di papule pruriginose per tutto il corpo, ma specialmente alle gambe, eruzione che non scompare se non sospendendo il rimedio. Tilbury Fox (*Transact. St. Andrew's Med. Assoc.* III, 1869) ammise nelle papule un essudato e le ritenne dovuto ad uno stato di paresi nervosa Schönlein ed Eydam (*Deutsche Klin.*. 33-39, 1860) scoprirono una relazione fra la prurigine e le alterazioni degli organi orinarj. Derby (*Sitzgsb. d. Wien. Akad.* LIX, H. 2), osservò una stretta connessione delle papille coi follicoli dei peli e coi muscoletti orripilatori, che sarebbero ipertrofici. Le papule non apparirebbero mai nelle parti sprovviste di peli come il palmo della mano e la pianta dei piedi e scarsamente nelle regioni dove essi sono rari come al lato interno delle braccia e delle coscie. Gay (*Archiv. f. derm. und Syph.*, 1871, H. I), avrebbe determinato che in origine si ha dilatazione dei vasi delle papille cutanee con trasudamento di plasma e moltiplicazione di cellule, indi infiltrazione di piccole cellule nel reticolo malpighiano, che si ingrossa e diventa corneo nei suoi strati esterni, i follicoli piliferi, i muscoli cutanei e le ghiandole sudorifere partecipano al processo. Hebra (*Lehrbuch der Haut-*

krankheiten, 1874) considera le papule come una vescicola, in cui il liquido sia scarso e l'epidermide ingrossata. Klemm (*Jahrb. f. Kinderk.* H. 4, 1874) paragona la prurigine al zoster. Eisenschutz (*Wiener Rundschau*. Settembre 1874) insiste sulla differenza, primamente stabilita da Hebra, fra prurigine e prurito, non essendo questo per quanto intenso, seguito da eruzione. Anstie invece (*Journ. Ment. Sc.* XXI, aprile 1870) non bada a questa differenza. Duhring (*Diseases of the skin*, 1877) crede le malattie molto rare tanto in America, quanto in Inghilterra ed in Francia. Piffard (*An elementary treatise of diseases of the skin*) appoggia le opinioni di Hebra. Simon (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1879, N. 49) opina che le alterazioni istologiche osservate nella prurigine non sieno patognomoniche, ma bensì sieno comuni ad altre dermatiti croniche. Esoff (*Vierteljahresschrift für Derm. und Syph*, 1877, 595) trovò nella cute sana certi diverticoli sacciformi in corrispondenza dei follicoli dei peli, che Gay e Derby avevano ritenuti proprj della prurigine e Neumann del lichene rosso. Questo Autore (*Lehrbuch des Hautkrankheiten*, 1880) constatò le già accennate alterazioni dei vasi, dei follicoli piliferi e del reticolo malpighiano e crede indispensabili accurate indagini sullo stato delle fibre nervose. Auspitz (*System der Hautkrankheiten*, 1881) richiama l'attenzione sulla somiglianza fra la prurigine ed il fenomeno dell'orripilazione e la definisce una nevrosi sensoria e motoria. Kaposi (*Path. und Ther. der Hautk.*, 1883) non stima molto concludenti i risultati delle ricerche microscopiche proprie e d'altrui, non ammette che lo scarso essudato basti a produrre, come vorrebbe Hebra, l'intenso prurito, ma nemmeno giudica verosimile trattarsi di una pura forma nevrosica troppo evidente essendo il variare dei sintomi soggettivi a seconda delle modificazioni che subiscono le papule. Behrend (*Lehrb. d. Hautk.*, 1883) emette una serie di proposizioni negative, non ammette che ogni papula sia in rapporto coi follicoli dei peli, non crede trattarsi di una nevrosi perchè non si capirebbe come ne vadano sempre immuni le fibre nervose della palma delle mani e della pianta dei piedi, e neppure trova giusto attribuire la formazione delle papule all'ipertrofia dei muscoli orripilatori, perchè tale ipertrofia esiste nell'elefantiasi degli arabi senza orripilazione (1).

In riassunto Willan, Cazenave, Bateman, Alibert, Fox e Auspitz propendono per la teoria nevrosica. Derby ritiene che l'origine del male sia nei follicoli dei peli. Hebra nell'epidermide e Gay, Neumann ed altri nelle papille.

Il disaccordo proviene probabilmente dall'avere gli osservatori studiato stadj differenti della malattia.

---

(1) Non bisogna confondere l'ipertrofia collo spasmo, questo produce l'orripilazione anche senza di quella e l'ipertrofia può esistere senza contrazione e quindi senza orripilazione. R. P.

L'Autore dopo aver esaminati dodici frammenti cutanei tolti da sette ammalati è venuto alle seguenti conclusioni:

La papula della prurigine è costituita da un'infiltrazione, che incomincia intorno ai vasi superficiali del corio per estendersi alle papille e sollevare l'epidermide formando da ultimo una vescicola ripiena di siero, sangue e cellule linfatiche. L'infiltrazione dei follicoli dei peli e dei dotti sudoriferi è secondaria e non ha parte importante nel processo. L'infiltrazione dapprima è sensibile solamente al tatto e non si rivela alla vista nè per rialzo, nè per cangiamento di colore della cute. In questo stadio non havvi prurito e può mancare affatto se la cura è intrapresa per tempo. La malattia è di carattere infiammatorio, ossia una dermatite cronica.

Leloir et Chabrier (1) hanno trovato alterazioni delle estremità nervose, tanto nell' ictiosi, quanto nella vitiligine, ma per la prurigine non furono ancora sufficientemente dimostrate e d'altronde anche in quelle due malattie non è ben chiarito se ne sieno cause od effetti. Contro l'idea della natura nevrosica della malattia sta il fatto che i rimedii amministrati sotto questi concetti non danno verun vantaggio. Talora, ma non sempre, è in rapporto con disordini della funzione renale e diminuisce o cessa col diminuire o cessare dell'albuminuria.

Hebra e quasi tutti gli altri osservatori ammettono che la prurigine è più frequente nelle persone mal nutrite, ma la causa prima ne rimane tuttora inesplicata.

XIX. Conner P. S. (1). — **Excisions of the tarsus, with a report of two successfull removals of the entire tarsus.** (*Resezioni del tarso e sua intera esportazione eseguita due volte con buon esito*); pag. 362.

Il piede è esposto a frequenti traumatismi, i quali facilmente, quando esiste una sfavorevole predisposizione, divengono causa di lente infiammazioni della sinoviale o del periostio e successivamonte di carie e necrosi. In queste ultime sgraziate circostanze tre metodi di cura si possono seguire: o aprire la cavità dell'ascesso ed esportare cumulativamente i tessuti ammalati facendo poi, se si vuole, una profonda cauterizzazione, oppure applicando stimolanti locali per assicurare una pronta riparazione; ovvero procedere all'amputazione o infine eseguire una metodica resezione delle ossa lese.

---

(1) « Altération des nerfs cutanés dans un cas d'ichtyose congénitale. » — « Comptes Rendus », Vol. 89.

« Altération des nerfs dans un cas de vitiligo. » — « Comptes Rendus. » Vol. 89.

(1) Professore di anatomia e di clinica chirurgica nella Scuola medica dell'Ohio.

Il primo metodo diè buoni risultati ed è da consigliarsi nei casi meno gravi, il secondo era generalmente adottato dai chirurghi nei casi più serii, considerandosi come unico mezzo per togliere il paziente ai pericoli della profusa suppurazione e per renderlo ancora atto a vita operosa mediante la sostituzione di un arto artificiale a quello ammalato, senonchè i tentativi fatti nell'ultimo ventennio per limitare l'esportazione alle ossa attaccate dal male, salvando il piede, furono coronate da tale successo da meritare di essere presi in attenta considerazione.

In due casi l'Autore riuscì ad esportare con felice esito l'intero tarso lasciando il piede ancora in condizione servibile.

Trattavasi in un caso di un alsaziano d'anni 39, sofferente da due anni per carie del tarso destro, le cui ossa erano tutte più o meno interessate. Esse furono esportate attraverso un'incisione laterale esterna estesa all'indietro fino al margine del tendine d'Achille. I malleoli furono lasciati intatti, la cavità residuata fu medicata con cotone fenicato. La reazione fu mite e la guarigione seguì in due mesi. L'operazione fu eseguita il 19 luglio 1875.

L'arto operato soffrì un accorciamento di circa due centimetri, e il piede una diminuzione di lunghezza di circa sei centimetri con appiattimento, ma senza deviazione. Non sembra esservi stata riproduzione dell'osso. L'operato cammina e sale e scende le scale senza bisogno di appoggio.

Questo sarebbe il primo caso di intera esportazione del tarso, giacchè nell'operato di Jaesche (1866) fu lasciata in sito porzione del calcagno.

Nel secondo caso trattavasi di un giovine tedesco ventenne, pure da due anni affetto da carie del tarso destro, cui in due riprese erano già state esportate porzioni dell'astragalo e dal calcagno coll'intero scafoide. L'operazione fu eseguita come nell'altro caso; la guarigione però fu più lenta e non si compì se non in sette mesi, ma fu egualmente soddisfacentissima.

L'accorciamento delle gambe fu di poco più di due centimetri e quello del piede di cinque centimetri.

L'Autore presenta una statistica di 108 resezioni parziali del tarso eseguite da varii operatori, per la maggior parte nell'ultimo ventennio. Gli esiti in proporzione percentuale si distinguono come segue:

Morti	10,18
Insuccessi	10,53
Guarigione con inabilità a camminare senza appoggio di grucce o bastone	6,32
Guarigione con qualche indebolimento dell'arto	24,21
Guarigione quasi senza imperfezione	47,37
Esito finale ignoto	1,38
	100,00

L'Autore si propone quindi tre quesiti; se la resezione del tarso sia un'operazione sicura o per lo meno non più pericolosa dell'amputazione; se essa pone fine alla malattia o se invece questa ricompare nelle ossa del piede; se infine l'arto dopo l'operazione è in condizioni da essere utile. E risponde che il pericolo è di ben poco superiore nella resezione che nell'amputazione poichè dal numero dei decessi tre dovrebbero essere sottratti, siccome dovuti a cause estranee all'operazione, cioè a degenerazione amiloide dei reni, a tisi ed a lesione antecedente da arme da fuoco, onde la mortalità verrebbe abbassata al 7,4 per 100; la recidiva si verifica ben di raro (solamente in tre casi); mentre l'esito più che soddisfacente del maggior numero dei casi compensa abbastanza quel poco di maggior rischio che può portare con sè l'operazione.

Importante è a conoscersi l'età degli operati, ciò che si sa solo per 87; ecco come si suddividono:

Età inferiore ai 15 anni:	28,	morti	1	cioè	3,57 per 100
» fra i 15 e 25	» 18,	»	2	»	11,11 »
» superiore ai 25	» 41,	»	8	»	19,51 »

In otto casi pare vi sia stata rigenerazione ossea.

Quanto all'atto operativo è da osservarsi che l'incisione o le incisioni laterali rendono difficile l'estrazione delle ossa, ma assicurano un buon risultato finale, mentre l'incisione dorsale ledendo i tendini, diminuisce la mobilità del piede per quanto si possa procurare di assicurare la loro riunione mediante suture. Teoricamente bisognerebbe badare a rispettare il periostio, ma in pratica, ciò che di esso sopravanza si vede per lo più andar distrutto colla successiva suppurazione. Vantaggiosa è l'uso della fascia di Esmarch e dopo l'operazione l'immobilizzazione del piede mediante un apparecchio gessato o meglio una cassetta da fratture o lamine metalliche.

Prima di decidersi all'operazione converrà tener calcolo delle condizioni generali del paziente e della sua attitudine a sopportare la protratta successiva suppurazione.

L'età infantile o inoltrata non costituisce da solo una positiva controindicazione, un ammalato di Cooper Forster aveva quattro anni ed uno di Gant sessanta, eppure entrambi guarirono molto bene.

Nei soggetti deboli sarà preferibile l'amputazione.

XX. Mendelson W. — **On the renal circulation during fever.** (*La circolazione renale durante la febbre*); pag. 380 (1).

I mezzi comunemente usati per produrre artificialmente ed a scopo

(1) Le ricerche sperimentali riferite in questo studio furono eseguite nell'Istituto patologico dell'Università di Lipsia e ad esse fu conferito dall'As-

sperimentale la febbre negli animali sono le iniezioni intravenose od ipodermiche di pus o di infusioni di materie organiche.

Recentemente Bergmann ed Augerer hanno ottenuto lo stesso effetto colle soluzioni di pepsina e di succo gastrico, il cui primo effetto sarebbe quello di sciogliere i globuli bianchi del sangue, quindi accrescerne la coagulabilità e determinare in varii organi trombosi capillari, che a seconda della loro sede cagionano vomiti, diarree, dispnea ed altri sintomi (1).

Però l' Autore trovò che negli animali, nei quali per effetto dell'amministrazione di altre sostanze sono alterate le funzioni motorie o sensitive, la febbre non sempre viene ottenuta col modo accennato. Egli ciò dimostrò sperimentalmente nei cani assoggettati all' azione della morfina, del cloralio e del curaro e simili risultati furono conseguiti da Zunts, il quale crede la paralisi delle espansioni nervose terminali indotta dal curaro abolisca o diminuisca nel tessuto muscolare insieme colla motilità anche la facoltà di ossidarsi e quindi di dare l'elevazione termica della febbre, spiegazione però che è lungi dall' essere comprovata ed applicabile ad ogni caso (2).

Si può pure provocare una febbre così detta termica (3) colla semplice elevazione di temperatura dell'ambiente ove vien tenuto l'animale e alcune esperienze furono infatti eseguite in queste condizioni, cioè su cani sottoposti all'azione del curaro e chiusi in casse metalliche a doppie pareti collo spazio interposto ripieno di acqua mantenuta costantemente a circa 49° cent., ma non è ben dimostrato se questa febbre termica sia identica alle febbri morbose.

Per ottenere l'immobilità degli animali e la loro insensibilità al dolore, senza ricorrere a sostanze tossiche e lasciando quindi intatta la facoltà di reagire all' introduzione delle sostanze pirogene si fece pure la puntura dei talami ottici, od anche di uno solo, ciò essendo sufficiente, secondo il metodo seguito da Ludwig, cioè applicando il trapano sul cranio lateralmente alla linea mediana e alla distanza da essa di mezzo centimetro nel punto di maggior sporgenza della volta

---

sociazione dei medici e chirurghi di Nuova York il premio biennale Cartwright, di lire sterline 500, nel decorso anno 1883. Le esperienze furono condotte secondo i consigli del prof. Cohnheim.

(1) Billroth. « Langenbeck's Archiv. » Vol. II, VI, XIII. Weber C. J. « Berlin klin. Wochens. », 1864.

Von Bergmann e Augerer. « Das Verhältniss der Fermentintoxicationen zur Septicaemie. » Wurzburgo 1882.

(2) « Zur Theorie des Fiebers. » — « Centralblatt f. d. med. Wissenschaften. » N. 32, agosto 1882.

(3) Wood H. C. « Thermic Fever or Sunstroke. » Filadelfia 1872, e « Fever, a study in morbid and normal Physiology, Smithsonian Contribution to Knowledge. » N. 357, Washington, 1880.

cranica, quindi per lo più quattro o cinque centimetri all'innanzi del tubercolo occipitale, con che si evita di offendere il seno longitudinale, poi fatta una piccola incisione nella dura madre spingendo verticalmente in basso nella sostanza cerebrale fino a raggiungere la base del cranio un asticella ottusa di vetro del diametro di circa due millimetri.

Per determinare poi le variazioni che subiva la circolazione renale negli animali resi artificialmente febbricitanti l'Autore si valse dell'*oncometro* di Roy, ingegnosa derivazione del pletismografo di Mosso (1). Si compone di una scatola ovoide bivalve munita di un apertura per la quale si mette in comunicazione coll'apparecchio scrivente e di un altra per la quale, quando è in posto, dà passaggio all'uretere coi vasi e nervi renali. All'interno di ciascuna valva sta applicata una membrana di peritoneo di vitello e lo spazio tra questa e la parete metallica vien riempito con olio di oliva. Quando l'oncometro è applicato al rene, le variazioni di volume che esso subisce in conseguenza del variare dell'afflusso sanguigno vengono manifestate ed iscritte all'esterno per effetto della pressione esercitata sull'olio contenuto nelle due concamerazioni, pressione che si trasmette ad un embolo e da questo per un braccio di leva ad uno stiletto. L'apparecchio registratore vien detto *oncografo*.

La preparazione dell'animale richiedeva speciale diligenza. Preferivasi operare sul rene sinistro, perchè più accessibile del destro per essere collocato alquanto più all'indietro. Si faceva un incisione estesa del margine inferiore delle ultime coste alla cresta iliaca e a strati a strati si giungeva fino alla congiunzione aponeurotica fra i muscoli sacro-lombari e gli obliqui e trasversi e quindi il peritoneo; il rene veniva estratto, separato dalla sua capsula, liberato dai depositi adiposi, rispettando naturalmente gli ureteri e gli adiacenti vasi e nervi e infine chiuso nell'oncometro. Contemporaneamente venivano misurate e segnate le variazioni della pressione sanguigna nella carotide sinistra.

In dieci esperienze, in sette delle quali la febbre fu provocata colla elevata temperatura dell'ambiente e in tre coll'iniezione di pepsina, fu notato che *durante la febbre il volume del rene va progressivamente diminuendo.* Ogni sperimento si protrasse per parecchie ore. Nei cani non febbricitanti il rene mantenne per ore un volume costante.

Restava a determinarsi se la contrazione vascolare, cui doveva attribuirsi l'ischemia renale piretica, era prodotta da irritazione centrale o periferica o se dall'una e l'altra.

Roy e Cohnheim dimostrarono che quando i nervi renali sono intatti

(1) Roy C. S. « The physiology and pathologie of the spleen. » — « Journ of Physiology », Vol. III, N. 3.

Mosso A. « Von einigen neuen Eigenschaften der Gefässwand. » — « Ludwig's Arbeiten », 1874.

l'applicazione di uno stimolo periferico in qualsiasi parte del corpo produce contrazione dei vasi renali ed aumento della pressione arteriosa generale; ora recidendo tutti i filamenti nervosi del plesso che circonda l'uretere, non si aveva più nè la contrazione vascolare, nè per gli stimoli periferici, nè per la febbre.

La sezione del midollo spinale non diede risultati positivi, perchè le connessioni dei reni coll'encefalo per la via del simpatico sono così numerose e complicate che non si ha mai la certezza di interromperle tutte (1); essa ha inoltre l'inconveniente di cagionare un rapido abbassamento di pressione arteriosa e di temperatura e in due o tre ore la morte. In ogni modo i risultati furono consimili a quelli ottenuti colla recisione dei nervi, ma meno evidenti.

Si provò altresì a provocare un'ipertermia locale al cervello per mezzo dell'apparecchio di Goldstein (2) consistente di un involucro metallico a doppia parete, il quale si applica in modo da avvolgere una od entrambe le carotidi; mente tra le due pareti si fa scorrere dell'acqua calda, cosicchè resta riscaldato il sangue che affluisce al cervello. Si osservò che dopo pochi minuti che era apposto l'apparecchio si aveva una contrazione dei reni, mentre s'innalzava la pressione arteriosa generale; tolto l'apparecchio in breve tutto ritornava nelle condizioni di prima. La relazione fra la contrazione dei vasi renali e l'irritazione centrale era manifesta e indubitabile. Contemporaneamente compariva la dispnea come già fu osservato da Goldstein.

Pare dunque logica la conclusione che il diminuire di volume dei reni durante la febbre è dovuto ad una contrazione vascolare prodotta dall'irritazione dei centri vaso-motori stimolati dall'anormale temperatura del sangue.

Non devesi tuttavia dimenticare che Mosso ottenne dilatazione o contrazione vascolare nei reni estirpati iniettando in essi sangue coll'aggiunta di varie sostanze, come atropina, nicotina, ecc., colla circolazione artificiale egli avrebbe conservato in essi la vitalità per giorni interi. In conseguenza degli intimi rapporti esistenti fra la pressione arteriosa e la secrezione orinaria diventano spiegabili le modificazioni che questa subisce durante la febbre (3).

Nei febbricitanti l'orina si riduce alla metà o ad un terzo della quan-

---

(2) F. Nöllner. « Die Anatomie des Splanchnicus und der Nierennerven beim Hunde. Eckhard's Beiträge zur Anatomie und Physiologie. » Giessen, 1869.

(3) « Ueber Wärmedyspnoë. » — « Arbeiten aus dem physiologischen Laboratorium der Würzburger Hochschule », 1872.

(1) Cohnheim. « Allgemeine Pathologie. » Vol. II, p. 568, 2.ª ed. Berlino 1882.

Senator. « Untersuchungen über den fieberhaften Process », p. 123. Berlino 1873.

tità normale, ciò si attribuiva alla perdita di acqua dai polmoni e della cute e invece la causa diretta deve ammettersi nella modificata circolazione renale, sia che si accetti la teoria di Ludwig, il quale fa dipendere la quantità dell'orina dalla pressione arteriosa, sia che si segua quella di Heidenheim, il quale la collega colla velocità del sangue.

Anche l'albuminuria delle febbri violenti trova le sue ragioni, poichè è verosimile che la profonda anemia renale che esse inducono, alteri la nutrizione dell'epitelio dei glomeruli e lo rende inetto a trattenere la parte albuminosa del siero sanguigno (1). Probabilmente il medesimo effetto può esser dato delle febbri meno intense, ma prolungate.

L'Autore non intende di avere esaurito l'argomento. Restano ancora a farsi le ricerche intorno alla quantità di orina eliminata durante un accesso febbrile sperimentale in rapporto col grado della temperatura e colla contrazione dei vasi renali, come pure intorno alle relazioni fra la circolazione cutanea e quella renale e circa molti altri punti tuttora oscuri dell'argomento, ma intanto è certo che lo studio di esso è entrato in una nuova fase e che furono assodati parecchi fatti positivi.

XXI. Woodruff Johnston G. (2). — **Calcolous and other affections of the pancreatic ducts.** (*Alterazioni calcolose o d'altra natura dei condotti pancreatici*); pag. 404.

I calcoli pancreatici si trovano menzionati per la prima volta da Regnero de Graaf nel 1671, recentemente ne fu descritto un caso da W. Pepper dall'Università di Filadelfia. L'Autore potè raccogliere trentacinque osservazioni di calcoli pancreatici rinvenuti in cadaveri, e probabilmente quindi sono più frequenti di quanto comunemente si crede.

Le concrezioni trovate nel pancreas sono di tre classi: calcoli liberi, incrostazioni, acne pancreatica; i primi sono di gran lunga più frequenti, e di volume variabile da quello di un granello di sabbia a quello di una nocciuola; le incrostazioni aderiscono come punti o chiazze alle pareti

---

(1) Heidenheim R. « Hermann's Handbuch der Physiologie. » Vol. V, p. 371, 1881.

Hermann M. « Sitzgber. d. Wiener Acad. Math. Phys. » LXV, 1861.

Overbeck. R. « Sitzgsber. d. Wiener Acad. Math. Phys. » LXVII, 1863.

Litten M. « Untersuchungen über den haemorrhagischen Inferct. » Berlino 1879.

Senator. « Die Albuminurie im gesunden und krenken Zustande », p. 45, Berlino 1882.

Paschutin « Ludwig's Arbeiten », p. 259, 1873.

Zadeck. « Zeitschrift für klinische Medicin » II, 509.

(2) Assistente anziano chirurgo nell' Ospitale Femminile di Nuova York e già chirurgo ordinario nell' Ospitale dell' Università di Pensilvania e Filadelfia.

dei condotti pancreatici (1); l'acne deriva dal cangiarsi della secrezione pancreatica in una poltiglia grassa, calcare che ingombra i condotti, mentre la superficie del pancreas viene a ricoprirsi di placche giallognole che si approfondano nella sostanza dell'organo e consistono di una materia butirracea simile a quella ammassata nei condotti, talora i condotti furono trovati ripieni di una sostanza polverulenta oppure l'intera glandola fu vista convertita in una massa solida porosa, come di tufo (2).

Qualsiasi ostacolo al deflusso del succo pancreatico favorisce la formazione di depositi calcolosi, quindi essi possono provenire da alterazioni di struttura della ghiandola stessa, da uno zaffo di muco, da un catarro acuto o cronico dei condotti, da un calcolo biliare penetrato nelle vie pancreatiche e così via (3).

Tuttavia è anche possibile che la secrezione possa alterarsi primitivamente e dar luogo a depositi senza che sia impedito il suo deflusso.

---

(1) Klebs. « Handbuch der Path. Anat. Pankreasstein », I, 544, Berlino, 1876.

Delafield. « Handbook of post-mortem examinations and of morbid anatomy; The pancreatic ducts », p. 203. Nuova York, 1872.

Matani. « Observatio de lapidea pancreatis concretione in humano cadavere reperta. » Gravenhage 1765.

Henry. « Sur les concretions que présente le pencréas. » — « France médicale et pharmaceutique. » Anno III, Parigi 1856, N. 6, p. 42.

Recklinghausen. « Auserlesene pathologisch. anatomische Beobachtungen. » — « Virchow's Archiv. » Berlino 1864, Vol. XXX, p. 360.

(2) Schmith. « Schweifelhafte Schwanger. » Vienna 1818.

Gendrin. « Histoire anatomique des inflammations. » — « Pancréatites chroniques. » Vol. II, p. 263, 1826.

Wilson. « An account of a case of extensive disease of the pancreas. » — « Med. Chir. Trans. », 1842, XXV, 42.

Virchow. « Verhandlungen der med. phys. Gesellschaft zu Würzburg » 1852, III, p. 366.

Friedreich. « Ziemssen's Encyclopedia f. medicine. » — « Diseases of the pancreas cysts. » Vol. VIII, p. 618, New York, 1878.

Cornil et Ranvier, « Manuel d'Histologie Pathologique: Kystes », Vol. II, p. 974. Parigi 1869-70.

(3) Eller. « Collection Académique. » — « Recherches sur la formation des pierres ou concrétions gravelleuses dans le corps humain. » Vol. X, p. 85, Parigi 1750.

Sandifort. « Observationes anatomico-pathologicae. » Lib. III, Cap. IV, p. 73. Lugd. Batav., 1777.

Portal. « Cours d'anat. méd. » — « Pancreas engorgé par des concretions pierreuses. » Tom. V, pag. 356, Parigi 1803.

Curnow. « Pancreas with numerous calculi in its ducts. » — « Trans. Path. Soc. » Londra XXIV, p. 136, 1873.

Janeway. « A case of calculi of the pancreas. » — « New York Medical Record », 1872, Vol. VII, p. 357.

È notevole che nel succo pancreatico le analisi chimiche non indicano se non piccolissime quantità di sali calcari, mentre il fosfato o il carbonato di calce costituiscono in totalità o in massima parte i calcoli pancreatici assieme coll'ossalato di calce, il carbonato di magnesia ed il clorato di soda (1). Il pancreas ha grande analogia colle ghiandole salivali, e infatti anche i calcoli salivali non si producono se non quando siano anormali le condizioni della secrezione, poichè essi constano in massima parte di fosfato di calce, di cui appena si trovano traccie nella saliva fisiologica. Anche i calcoli pancreatici possono avere stretta analogia coi calcoli salivali come appare dalle seguenti analisi:

Calcoli pancreatici.

I.		II.	
Fosfato di calce	72,30	Carbonato di calce	91,65
Carbonato di calce	18,90	Carbonato di magnesia	4,15
Fosfato di soda, traccie.		Materie organiche	3,00
Clorato di soda, traccie.		Acqua	1,20
Materie organiche	8,80		100,00
	100,00		

Calcoli salivali.

I.		II.	
Fosfato di calce	55	Fosfato di calce	75
Carbonato di calce	15	Carbonato di calce	20
Materie organiche	25	Materie organiche e varie	5
Ossido di ferro	2		100
Magnesio, traccie.			
Residui	3		
	100		

Alcuno ha supposto che l'irritazione della mucosa dei condotti salivali sia la causa della formazione dei depositi fosfatici e tale ipotesi potrebbe estendersi altresì alle concrezioni pancreatiche. Quantunque non positivamente accertate si possono pure ritenere quali possibili

(1) Pemberton. « On various diseases of the abdominal viscera », p. 64. Richmond 1830.

Bigsby. « Observations on diseases of the pancreas. » — « Edinburgh. Medical Journal. » Vol. XLIV, p. 97, 1835.

Mondière. « Recherches pour servir a l'histoire pathologique du pancreas. » — « Archives générales de Medecine. » II Serie, Vol. XII, p. 147, 1836.

« Dictionnaire de Médecine, Maladies du Pancréas, concretions osseo-pierreuses. » Vol. XXIII, p. 65, Parigi 1841.

ostacoli al deflusso del succo pancreatico e quindi quale causa di cisti da ritenzione e di calcoli gli indurimenti peri-pancreatici, i calcoli biliari che comprimono il condotto di Wirsung, i tumori del duodeno, gli spostamenti secondarii del pancreas (1).

L'Autore è convinto che i calcoli pancreatici nel loro passaggio al duodeno devono produrre coliche come i calcoli biliari e nefritici, ma non può recare prova concreta in appoggio di tale sua opinione. Si hanno però casi di accessi colici violenti seguiti da morte, nei quali all'autopsia si trovarono calcoli nei condotti pancreatici, ma non nei biliari (2).

La dilatazione dei condotti pancreatici è una delle più comuni conseguenze della presenza dei calcoli e da Virchow fu denominata *ranula pancreatica* (3).

Tali ectasie per lo più sferiche od ovali possono raggiungere perfino il volume di una testa di bambino, talora sono uniche, talora molteplici, come a grappolo, e quando datano da lungo tempo, cioè sono passate allo stato di vere cisti, hanno pareti grosse, fibrose, anche talvolta cartilaginee od ossificate e contengono un liquido sieroso, oppure sangue o pus con cristalli di colesterina e di ematoidina. La quantità del liquido contenuto può ascendere a 300 o 350 grammi. La pressione esercitata da tali cisti può indurre l'atrofia del resto del pancreas. La

---

(1) Lecannau. « Journ. de Pharm. et de Chir. » Dicembre 1827, p. 626.

Bécourt. « Recherches sur le pancréas, concrétions inorganique », C. 5, p. 69, Strasburgo 1830.

Gross. « Pathological Anatomy. » — « Of the pancreas. » Cap. XXIV, p. 689. Filadelfia, 1845.

Jones e Sieveking. « A manual of pathological Anatomy — Abnormal conditions of the pancreas and other salivary glands », p. 532. Filadelfia 1854.

(2) Mercklin. « Ephem. nat. cur. decur. De ingen. calc. in mesen. et pan. repert. » Ann. 8, obs. 50, p. 73. Francoforte e Lipsia, 1678.

Galiati. « De morbis duobus observ. », p. 26, 1758.

Fournier. « Journ. de med. chir. et pharm. » Vol. XLV, p. 149, Parigi 1776.

Clark. « A case of disease of the pancreas. » London. « Lancet », 16 agosto 1851.

Ancelet. « Essai analytique sur l'anatomie pathologique du Pancreas. » Vol. I, p. 27. Parigi 1856.

Virchow. « Die Krankhaften Geschwülste. » Vol. I, p. 276. Berlino 1863.

Wilks e Moxon. « Diseases of the Pancreas, Calculi, Lectures on pathological anatomy. » Filadelfia 1875.

(3) Hoppe. « Virchow's Archiv. » XI, p. 96, 1857.

Engel. « Oesterreich med. Jad. Jahrbücher », 1841, XXXIII.

Persons. « British medical Journal », 15 giugno 1857.

Cruveilhier. « Traité d'anatomie pathologique générale, Kystes Pancréatiques. » Vol. III, 305. Parigi 1856.

diagnosi talora potrà esserne agevolata, talora difficoltata dagli spostamenti e perturbamenti portati negli organi vicini, quali sarebbero le vene porta, cava inferiore e splenica, il piloro, il duodeno, il colon, la cistifellea, il fegato, la milza, il rene destro e il plesso solare (1). Varia può essere la situazione delle cisti pancreatiche potendo essere collocate sotto al lobo destro del fegato, o fra gli intestini e la parete posteriore dell'addome, o all'ingresso del coledoco nel duodeno, o fra lo stomaco e la milza o nell'ipocondrio sinistro; esse possono rompersi ed evacuare il loro contenuto nel duodeno, nello stomaco o nel peritoneo. Nei casi di emorragia pancreatica per cisti la morte sembra dovuta non tanto all'adinamia per il sangue stravasato, quanto alla pressione sul ganglio semilunare e sul plesso solare, per cui si ha un azione inibitoria sul cuore trasmessa a mezzo del pneumogastrico, come nel noto esperimento di Goltz sulla rana.

La presenza dei calcoli può determinare infiammazione acuta o cronica, esulcerazioni, ascessi, cirrosi (2).

In due casi i calcoli furono accompagnati da degenerazione grassa, ma non è specificato se si trattasse di vera trasformazione adiposa del parenchima ghiandolare o di lipomatosi, cioè di deposizione di grasso fra gli acini della ghiandola (3).

La sintomatologia è oscura, e facilmente si confonde con quella del carcinoma del pancreas o d'altri organi vicini. La situazione del pancreas è tale che per semplice contiguità e compressione esso, quando è alterato, può dar luogo a svariatissimi fenomeni, come aneurisma dell'aorta, ascite ed edema degli arti inferiori per compressione della vena cava inferiore, itterizia per compressione dei condotti escretori del fegato. Il dolore è uno dei sintomi più costanti, talora ha sede nell'epigastrio ed è muto, prolungato, talora è acuto e ricorre ad accessi, nel primo caso pare debba attribuirsi a pressione del plesso celiaco,

---

(1) Schulze. « Journal für p. Chimie. » XXXIX, p. 29.
Lassaiqué. « Traité de Chimie. » II, p. 614.
Duponchel. « Soc. méd. d'Émulation. » IX, 76, 1824.
Pepper. « Centralblatt für d. Med. Wiss », 1871, p. 156.
Rugg. « Fatal hemorrhage from pancreas. » London. « Lancet », 18 maggio 1850.
Zenker. « Tagblatt der XLVII Versammlung deutsches Naturforscher und Aerzte in Breslau », 1874, p. 211.

(2) R. G. Curtin. « A contribution to the pathology and therapeutics of the pancreas. » Filadelfia 1881.
Maier. « Fall von ausgezeichneter Verfettung des Pankreas. » — « Archiv der Heilkunde. » Lipsia 1865.

(3) Jones. « Observations respecting degeneration of the pancreas. » — « Med. chir. trans. », p. 195. Londra 1865.
Rokitansky. « Lehrbuch der Pathol. Anat. » Vol. III, p. 313, 1861.
Bock. « Lehrbuch der Pathol. Anat. Pankreas », p. 699. Lipsia 1847.

ciò che viene confermato dall'esacerbazione prodotta dalla posizione supina, nella quale si suscitano irradiazioni al petto, al dorso, alla spalla destra, nel secondo caso sembra si tratti di vere coliche pancreatiche cagionate dalle spasmodiche contrazioni dei condotti pancreatici. Frequentemente avvi melliturla, da collegarsi colla compressione e parziale atrofia delle cellule ganglionari del plesso celiaco, poichè sperimentalmente la sua distruzione cagiona glicosuria. È certo che la glicosuria associata alla presenza di adipi nelle feci sarà una forte ragione per sospettare di calcolosi pancreatica.

Sembra poi fuori di dubbio che la compressione del plesso celiaco produce una paralisi vasomotoria nella regione pancreatica, poichè si sono veduti in essa tutti i vasi dilatati e la milza turgida. I vomiti, l'ematemesi, la melena, la diarrea, la stipsi ed altri disordini gastro enterici possono essere la conseguenza del mancato o scemato afflusso del succo pancreatico nel duodeno. La presenza dei grassi nelle feci non è patognomonica, poichè si ha anche per occlusione delle vie biliari, tuttavia il potere emulsionante del succo pancreatico è maggiore di quello della bile, onde le probabilità saranno piuttosto per una alterazione pancreatica che per una epatica. Talora si ha appetito vorace, disordinato, talora anoressia con emaciazione e debilitazione. Le orine talvolta si presentano cariche di sostanze grasse, che galleggiano su di esse. La cute assume in certi casi un particolare colore paglierino

Il palpamento può più o meno coadiuvare la diagnosi a seconda che più o meno marcato sarà l'indurimento o l'ingrossamento del viscere, ma sarà sempre difficile il riferire il tumore piuttosto al pancreas che al fegato od allo stomaco. Le cisti potranno essere riconosciute con maggior probabilità dalla situazione profonda, dalla forma tondeggiante, dalla superficie liscia e dal senso di fluttuazione.

Nulla può stabilirsi di preciso circa la durata e l'esito della malattia. Sovente succede la morte per esaurimento, in quattro casi essa fu dovuta al diabete, in altri a rottura di un aneurisma, ad una emorragia pancreatica, ad una polmonite, a vizio cardiaco, ad aborto, all'albuminuria ad una flebite.

XXII. Harris R. P. — **Classification of the Porro operations, and what other forms of uterine ablation in pregnant women have been erroneously called Porro and should be separately classified.** (*Classificazione delle* operazioni del Porro, *e quali altre forme di esportazione dell'utero in donna gravida sieno state erroneamente comprese sotto tale denominazione, mentre avrebbero dovuto essere registrate separatamente*); p. 420 (1).

La denominazione data dal Porro alla sua operazione di *amputazione utero-ovarica come complemento del taglio cesareo*, ne indica netta-

(1) Vedi fra la memoria del dott. Truzzi in questi *Annali* Vol. 269, p. 387 e seg.

mente il carattere. I suoi vantaggi sono quelli di convertire la ferita uterina in una piaga esterna ed evitare la penetrazione delle secrezioni uterine nel cavo peritoneale e sottrarre la donna ai pericoli di una nuova gravidanza.

Müller, di Berna, modificò l'operazione estraendo dal cavo addominale l'utero prima di aprirlo per viemeglio assicurarsi contro ogni penetrazione di sangue od altro liquido nel cavo peritoneale. Con ciò però havvi pericolo di asfissia per il feto, qualora l'atto operativo non possa essere eseguito con la massima celerità.

Litzman, di Kiel, pensò di applicare all'amputazione utero-ovarica il metodo di Esmarch coll'avvolgere attorno al collo uterino dopo che il viscere fu estratto, ma non peranco aperto, un tubo elastico, per prevenire un'eccessiva perdita di sangue. C. Braun, di Vienna, seguì questo metodo recentemente in tre casi con buon successo.

Veit, di Bonn, tentò l'affondamento del peduncolo e fu imitato da Wasseige, G. Braun, Taylor (New York) e Kabierski (Breslavia) con due successi contro cinque esiti letali.

Le amputazioni utero-ovariche non cesaree, cioè eseguite a un'epoca nella quale il feto non è vitale e nelle quali quindi l'utero non viene aperto se non dopo esportato furono a torto classificate fra le operazioni del Porro, mentre se ne distinguono radicalmente.

Leone Oppenheimer, di Wurzburgo, seguì un altro metodo ancora, poichè aprì l'addome e vuotò ed amputò l'utero senza prima stirarlo all'infuori. Madre e figli furono salvi.

Anna Broomell, di Nuova York, trasse fuori l'utero dalla ferita addominale, ne fece tener stretto il collo dalla mano di un assistente sostituendolo così al laccio di Esmarch, e quindi, estratto il feto lo ripose in posto. L'esito fu infausto.

Oscar Prévot, di Mosca, in un caso di rottura dell'utero eseguì la laparotomia e quindi l'isterectomia e fu imitato in cinque casi consimili, ma in tutti l'esito fu letale. Miglior successo si ottiene, o lasciando l'utero a sè o praticandone la sutura.

Si possono dunque distinguere nove metodi operatorii aventi attinenza con quello del Porro:

1.° L'amputazione utero-ovarica cesarea del Porro.

2.° L'operazione del Porro modificata da Müller.

3.° L'operazione Porro-Müller modificata da Chiara, che aprì l'utero col termo-cauterio.

4.° L'operazione Porro-Müller col laccio elastico.

5.° L'amputazione utero-ovarica con affondamento del peduncolo.

6.° Incisione di Müller a feto non vitale, senza apertura dell'utero prima dell'ablazione.

7.° L'amputazione utero-ovarica del Porro con applicazione del laccio d'Esmarch ed affondamento del peduncolo.

8.° L'esportazione dell'utero non aperto col peduncolo non affondato, ma trattenuto fra le labbra della ferita.

9.° L'amputazione utero-ovarica colla laparotomia in seguito a rottura dell'utero.

L'Autore considererebbe come operazioni del Porro solo quelle delle prime quattro categorie; delle categorie 5.ª e 7.ª formerebbe una classe distinta caratterizzata dall'affondamento del peduncolo, con mortalità sensibilmente maggiore delle operate; una terza classe sarebbe costituita dalle categorie 6.ª e 8.ª e comprenderebbe quei casi di esportazione dell'utero attraverso le pareti addominali, nei quali il feto non era per anco vitale; e finalmente una quarta classe sarebbe data dai casi nei quali l'amputazione utero-ovarica fu consecutiva a rottura dell'utero.

È desiderabile che nelle statistiche si mantenga tale distinzione per poter trarne deduzioni concludenti.

Negli Stati-Uniti dal 1869 al 1883 l'amputaziene utero-ovarica fu eseguita sei volte e in cinque casi riuscì fatale alla madre; tre feti furono salvati e tre perirono, ma uno di questi non era ancora vitale. In tre casi fu adottata la modificazione di Müller, in due fu affondato il moncone; in uno, quello di Storer del 1869, non sono specificate le condizioni. Dal 1876 in poi per quanto è noto all'Autore, furono eseguite negli Stati-Uniti 18 operazioni cesaree classiche, ma solo quattro in momento prestabilito e non d'urgenza e di esse due furono coronati di buon successo. In genere negli Stati-Uniti la mortalità dell'operazione cesarea classica eseguita per elezione e non d'urgenza si calcola solo al 25 o 30 per 100.

Il dott. C. Godson, di Londra raccolse un'accurata statistica di 140 amputazioni utero-ovariche, colle quali si salvarono 61 donne e 102 bambini. Di esse 116 potrebbero riferirsi all'operazione del Porro e conterebbero 56 successi.

Secondo le varie modalità seguite le 140 operazioni raccolte da Godson così si suddividerebbero:

1.° Operazioni del Porro propriamente dette, N. 82, donne salvate 38, perdute 44, feti salvati 64, morti 19, fra cui due gemelli.

2.° Operazioni Porro-Müller 34, donne salvate 18, perdute 16, feti vivi e vitali 26, fra cui due gemelli, morti 9.

3.° Operazioni del Porro con affondamento del peduncolo 8; donne salvate 0, perdute 8, feti salvati 7, morti 1.

4.° Operazioni Porro-Müller con affondamento del peduncolo, N. 5, donne sopravissute 2, perite 3, bambini vivi e vitali 5.

5.° Esportazioni dell'utero non ancora aperto, non essendo il feto in età vitale, con mantenimento del peduncolo fra le labbra della ferita addominale, N. 4, con tre successi ed un esito infausto.

6.° Medesima esportazione con affondamento del peduncolo, N. 1, con esito letale.

7.° Esportazione dell'utero consecutive a sua rottura senza affondamento del peduncolo, N. 5, donne perdute 5, feti morti 5.

8.° Medesima operazione con affondamento, N. 1, con esito infausto per madre e figlio.

Si avrebbero dunque le seguenti proporzioni di donne salvate:

Operazione	Porro vere	46	per 100
»	Porro-Müller	52	»
»	Porro e Porro-Müller	48	»

Le 116 operazioni del Porro con o senza modificazione si suddividono secondo le regioni nelle seguenti cifre:

Italia 48, Austria 25, Germania 15, Francia 12, Inghilterra 4, Belgio 4 Svizzera 2, Stati-Uniti 2, Russia 1, Olanda 1, Spagna 1, Turchia 1.

I casi, nei quali il peduncolo fu affondato, furono 13, e di essi spettano, alla Germania 6, all'Austria 3, agli Stati-Uniti 2, all'Italia 1, alla Scozia 1.

Ecco l'elenco dei principali operatori:

Carlo Braun, di Vienna	operò	11	donne,	ne salvò	8
Gustavo Braun, di Vienna	»	6	»	»	2
Domenico Chiara, di Milano	»	5	»	»	3
Edoardo Porro, di Milano	»	5	»	»	4
Girolamo Previtali, di Bergamo	»	5	»	»	1
Heusner, di Barmen	»	4	»	»	0
Giust. Lucas-Championnière, di Parigi	»	4	»	»	2
Domenico Tibone, di Torino	»	4	»	»	1
Augusto Breisky, di Praga	»	4	»	»	4
S. Tarnier, di Parigi	»	3	»	»	1
Giuseppe Späth, di Vienna	»	3	»	»	2
	Operate	54		Salvate	28

XXIII. Middleton Michel (1). — **Ligation of the subclavian artery between the scaleni for hemorrhage from a gunshot wound. Recovery.** (*Legatura dell'arteria succlavia fra gli scaleni per ferita d'arma da fuoco*; *guarigione*); pag. 439.

G. M. Coughman, d'anni 25, il giorno 3 maggio 1863 nella battaglia di Chancellorsville veniva colpito da una palla di fucile, la quale gli penetrava fra la colonna vertebrale e la scapola sinistra ed usciva a due centimetri sotto la porzione mediana della clavicola. Ebbe per molto tempo emoftoe, ma tuttavia era già bene avviata la guarigione, quando il 3 giugno sotto un accesso di tosse gli si manifestò un imponente getto di sangue dall'orificio anteriore della ferita. L'Autore che era

(1) Professore alla Scuola Medica di Charleston nella Carolina meridionale.

appunto presente, applicò tosto un dito contro il punto donde zampillava il sangue e arrestò l'emorragia, e intanto fece preparare l'occorrente per la legatura della succlavia; indi affidato ad un assistente il còmpito di tener frenata l'emorragia, ed eseguita la cloroformizzazione, fece un'incisione lungo il margine superiore della clavicola procedendo a strati, recise l'inserzione clavicolare dello sternocleido mastoideo, stirò lateralmente la vena giugulare esterna, mise allo scoperto il nervo frenico, riconobbe col dito il tubercolo della prima costa e l'arteria succlavia e per applicare la legatura in un punto ove le pareti vasali non fossero già alterate recise il ventre dallo scaleno anteriore rispettando il nervo frenico, passò la legatura attorno all'arteria e prima di stringerla si accertò di non avervi compreso nessun ramo nervoso del plesso brachiale. Quando l'assistente cessò dal comprimere col dito, nessun getto sanguigno si manifestò. La guarigione fu rapida e perfetta, non si ebbe torpore, nè paralisi del braccio, nè minaccia di emorragia secondaria. . .

Questo caso insegna ai chirurghi di non essere troppo corrivi a dimettere dall'ospedale un ferito d'arma da fuoco, quando la lesione fu in vicinanza di un grosso vaso. Il Coughman insisteva per essere rilasciato dall'ospedale; se ciò gli fosse stato concesso, quasi certamente non avrebbe avuto così pronto soccorso nel momento in cui proruppe l'emorragia e avrebbe dovuto soccombere.

Questo ammalato fu certamente fortunato, ma l'Autore descrisse nel Numero dell'aprile 1864 del *Confederate States Medical and Surgical Journal* un caso ben più singolare, cioè quello di un soldato cui un proiettile cacciò nel petto un intero orologio da tasca con porzione della sua catena. Esso rimase per qualche tempo occultato in grembo alla ferita, poi scoperto fu estratto per la massima parte, ma parecchie porzioni del meccanismo interno non furono eliminate se non più tardi mediante l'espettorazione.

La legatura della succlavia è un'operazione rara. Nell'ospedale di Filadelfia dal 1835 al 1868 non fu eseguita che una volta con esito infausto. Valentino Mott, che vien reputato il chirurgo, il quale ha eseguito maggior numero di legature di vasi, la compì otto volte. Billroth nella guerra franco-germanica la eseguì tre volte e la vide due volte eseguita da altri e di questi cinque operati uno solo si crede essere guarito.

XXIV. T. R. Chambers. — **Galvano-puncture for the cure of aneurisme.** (*La cura degli aneurismi mediante l'elettro-puntura*); pag. 447.

Prima di passare all'applicazione clinica dell'elettricità nella cura degli aneurismi l'Autore fece alcune piccole esperienze preparatorie.

Un liquido albuminoso tenuto nella palma d'una mano fu assoggettato alla corrente galvanica di ventuno elementi Stöhrer, si manifestò una viva azione elettro-chimica nel liquido, ma la mano non risentì verun dolore.

Una cistifellea di pecora fu munita alle due estremità di due tubi di vetro, dei quali l'uno fu messo in diretta comunicazione colla carotide di un vitello, mentre l'altro servì a dare uscita al sangue che attraverso al primo giungeva alla vescica. Si ebbe un aneurisma artificiale pulsante col massimo diametro longitudinale di otto centimetri e i trasversali di cinque. Dopo cinque minuti esso fu aperto e non vi si si rinvennero coaguli.

In un altro aneurisma artificiale ottenuto in simile maniera si introdusse un ago che rappresentava il polo positivo di una batteria di ventun elementi Stöhrer, mentre il polo negativo rappresentato da un gomitolo di filo metallico fu applicato alla superficie esterna della vescica. Questa fu aperta dopo cinque minuti e vi si trovò un coagulo sodo della lunghezza di tre centimetri e della grossezza di circa due.

In una terza vescica similmente applicata furono introdotti entrambi i reofori: si ebbe svolgimento di gas, ma soltanto la formazione di piccoli coaguli attorno all'ago del polo positivo.

Nelle medesime condizioni alternando la direzione della corrente non si ebbe risultato soddisfacente.

Da queste esperienze risulta che per ottenere la formazione del coagulo basta l'introduzione nel sacco aneurismatico dell'ago corrispondente al polo positivo. Nel caso riferito dall'Autore non si seguì questa norma e invece si introdussero entrambi gli aghi e si alternò il senso della corrente onde il risultato non fu così soddisfacente, come avrebbe potuto essere altrimenti.

Trattavasi di un uomo di 53 anni, di condizione stampatore, da tre anni affetto da aneurisma dell'arteria succlavia sinistra, il quale sporgeva a lato del collo elevandosi fino all'angolo della mandibola. Il tumore non era dolente, ma si avevano irradiazioni dolorose vivissime lungo il braccio sinistro, per le quali il paziente era giunto a consumare trenta centigrammi al giorno di morfina. Eranvi accessi dispnoici.

Nei giorni 8 ottobre 1880 e seguenti, fu eseguita l'ago-puntura colla introduzione prima di sei poi di nove aghi per la lunghezza di quattro centimetri e mezzo. Essi furono lasciati infissi per sei giorni senza verun effetto.

Nel giorno 24 del medesimo mese si passò all'elettro-puntura coll'introduzione per la lunghezza di tre centimetri, di due aghi d'acciaio distanti due centimetri l'uno dall'altro. Essi furono lasciati infissi per quarantacinque minuti, e durante questo tempo si fece in essi passare la corrente galvanica data da ventuno elementi Stöhrer alternandone la direzione ogni cinque minuti. Durante l'operazione l'ammalato fu mantenuto sotto l'azione dell'etere. Estratti gli aghi si trovò che uno di essi era stato in buona parte consumato, come già fu osservato da altri operatori.

L'estrazione degli aghi fu accompagnata dalla fuoruscita di gas e di un liquido sieroso denso. Dopo l'operazione il fremito aneurismatico

pure eseguito in varii casi simili operazioni. Nell'edizione del 1861 del *Dizionario Chirurgico* di Cooper è narrato un caso di chiusura delle mascelle per esulcerazione delle gengive e delle guancie da profusa salivazione con produzione di briglie cicatriziali tenacissime. Il professore Gross nella sua opera di chirurgia, manifesta l'opinione che questa sia la causa più comune, crede pure possa aversi l'anchilosi dell'articolazione temporo-mascellare per lesioni traumatiche o per artrite. Per vincerla e impedirne la riproduzione può essere necessario l'uso giornaliero della leva per mesi ed anni. Quando l'immobilità dipende dalla presenza di tessuto cicatriziale la sua esportazione non apporta sovente che un vantaggio passeggiero, per combattere la tendenza dei tessuti a contrarsi di nuovo i pazienti devono far uso per lunghissimo tempo di cunei metallici.

I ponti ossei fra le due mascelle, quando non siano troppo voluminosi e resistenti possono, essere levati colle seghe e le tanaglie.

Nel 1855 Esmarch (1) perfezionando un'idea di Dieffenbach, propose la formazione di una pseudoartrosi artificiale all'avanti del punto ove trovasi la causa del serramento per dare così una certa mobilità almeno alla parte anteriore della mandibola. Egli suggeriva di esportare mediante incisione esterna, un segmento osseo abbastanza grande da impedire che i due frammenti potessero di nuovo aderire. Wilms, di Berlino, eseguì tale operazione nel 1858. Ma già nel 1857 il Rizzoli di Bologna, coll'identico scopo aveva compita la frattura semplice della mandibola mediante una robusta tanaglia applicata entro alla bocca, ed aveva quindi introdotto fra i frammenti un pezzo di guttaperca. Altri chirurghi poi seguirono con buon successo, sia il metodo di Esmarch, sia quello di Rizzoli.

Grube nel 1863 non solo incise l'osso con uno scalpello nell'interno della bocca, ma eseguì anche la divisione sottocutanea del massetere con esito definitivo soddisfacente Nel 1874 Gross raggiunse l'intento escidendo il condilo della mandiboln e porzione del suo collo mediante incisione esterna dei tegumenti.

Ma già nel 1840 Cornochan, di Nuova York, aveva eseguito in un caso la recisione sottocutanea del massetere e del crotafite e quindi la frattura artificiale del corpo della mandibola, senza però ottenere la pseudoartrosi e quindi senza notevole giovamento.

A combattere la riproduzione delle adesioni e delle retrazioni cicatriziali che talora producono il serramento delle mascelle, Dieffenbach aveva consigliato di rivestire dopo la recisione, le superfici cruenti con un lembo di mucosa tolto dalle parti adiacenti, ma ciò raramente essendo possibile, Jaesche nel 1858 raccomandava di valersi invece di un lembo di cute.

(1) « Die Behandlung der narbigen Kieferklemme durch Bildung eines künstlichen Gelenkes um Unterkieferkiel· »

Nel 1883 l'Autore prese in cura una giovane ventenne, la quale fin da bambina, cioè all'età di due anni, aveva patita una frattura della mandibola al lato sinistro per ferita d'arme da fuoco avendole un ragazzo esploso contro un fucile da lui creduto scarico. L'esame dimostrava l'esistenza di fitte aderenze cicatriziali al lato sinistro fra le regioni molari della mascella superiore e dell'inferiore. Oltre a ciò eravi perdita della vista dell'occhio sinistro con ectropio della palpebra inferiore ed arresto di sviluppo di tutta la metà sinistra del volto. Non eravi però anchilosi dell'articolazione temporo-mascellare, poichè si potevano ottenere lievi movimenti di lateralità.

Considerando che nessuno dei metodi di cura annoverati va scevro d'inconvenienti ed obbiezioni, l'autore pensò di modificarli proponendosi di dividere la branca ascendente sinistra della mandibola verso il suo mezzo, recidere l'inserzione del crotofite, esportare il processo coronoide col condilo, e recidere il massetere lasciando così liberi i movimenti della porzione di branca ascendente lasciata in posto e riducendo il tessuto cicatriziale a servire come di legamento.

L'Autore procedette all'operazione il 23 gennaio 1883. Trovò un ponte osseo che congiungeva la mascella superiore all'inferiore e che dovette segare e quindi esportare colla tanaglia.

Appena riavutasi dalla narcosi, l'operata potè aprire la bocca senza grave dolore, e questo pure scomparve in pochi giorni. Successivamente si dovettero esportare molte radici o denti imperfettamente sviluppati per poter applicare un'appropriata dentiera. Per quindici giorni si fece uso anche di uno speciale apparecchio dilatatore a vite ideato dall'Autore per togliere una certa rigidità che si era prodotta anche dal lato destro non offeso.

Nei mesi successivi non si notò nessuna tendenza al riprodursi della retrazione. La distanza a cui si possono allontanare le mascelle anteriormente, cioè nella regione dei denti incisivi è di quattro centimetri. Anche l'ectropio fu corretto.

I vantaggi del metodo adottato dall'Autore, cioè dell'esportazione del condilo coll'apofisi coronoide e colla metà superiore della branca ascendente della mandibola, unitamente alla recisione del massetere, del crotofite e del pterigoideo esterno, sono di essere applicabile tanto ai casi nei quali havvi retrazione cicatriziale, quanto a quelli di anchilosi temporo-mascellare, di lasciare intatto e rendere utile per la masticazione e la pronuncia delle parole l'intero corpo della mandibola e di procurare infine la formazione di una pseudo-artrosi a larghi movimenti.

XXVI. Atlee L. W. — **Report of a case of abscess of the left iliaca fossa, with some remarks.** (*Relazione e osservazioni su di un ascesso della fossa iliaca sinistra*); pag. 463.

Una donna d'anni 35, dopo un parto, che richiese l'intervento ma-

nuale dell'ostetrico, ebbe un puerperio irregolare per sospensione dei lochi al secondo giorno e mancanza della secrezione lattea.

Nel nono giorno tuttavia essa si alzò dal letto, ma nella notte fu colta da un dolore profondo al lato sinistro della pelvi, dolore che rimase stazionario per diciotto giorni e quindi si fece intenso, atroce accompagnandosi a tumefazione ed a piaghe da decubito. Il medico curante opinava trattarsi di una alterazione reumatica del cotile, ma il padre dell'Autore avendola esaminata in consulto avvertì un ascesso nella regione glutea sinistra e col mezzo di una incisione diede uscita ad una ingente quantità di pus. Dall'apertura, coll'aiuto anche di un tubo da fognatura, il pus continuò a defluire liberamente, pure dopo altre tre settimane incominciò a manifestarsi una tumefazione lungo la linea alba, ad egual distanza dal pube e dall'ombellico, la quale creduta dapprima un'ernia, invece scoppiò spontaneamante nove giorni dopo la sua prima comparsa dando pure esito a molto pus. La profusa suppurazione con febbre e deperimento notevole si protrasse ancora per varie settimane, indi le aperture si chiusero e l'ammalata coll'aiuto anche di appropriata cura ricostituente, andava ricuperando le forze, quando il 21 giugno, cioè oltre quattro mesi dopo il parto evacuò ad un tratto ancora una quantità di pus dal retto e da allora riprese a migliorare rapidamente, quantunque persistesse, sebbene impicciolita, la piaga da decubito, la quale per un seno fistoloso appariva in relazione coll'interno ascesso.

L'argomento dei flemmoni delle fosse iliache fu studiato accuratamente da Grisolle nel 1839 (1), ed egli dimostrò come essi siano o possano essere indipendenti dall'infiammazione del peritoneo. Gli ulteriori studii indussero a distinguere gli ascessi iliaci in sottoperitoneali e sottoaponeurotici. Nei primi il flemmone ebbe luogo tra il peritoneo e la fascia iliaca, nel secondo tra la fascia iliaca ed il muscolo iliaco.

In quelli il pus si diffonde generalmente a grande distanza in questi sta ordinariamente raccolto fra la fascia ad il muscolo iliaco e per lo più si fa strada nella superficie anteriore della coscia. Talora si hanno guasti ragguardevoli, distruzione del muscolo iliaco, dello psoas, del muscolo quadrato dei lombi, dalla fascia iliaca, compressione ed erosione dei vasi e dei nervi iliaci. Il pus può farsi strada verso l'ombellico, oppure verso i visceri pelvici, nell'utero, nel peritoneo, nella cavità del cotile seguendo i tendini dell'ileo-psoas. Jarjaway (2) spiega la penetrazione del pus fino ai glutei osservando che al dissotto di essi havvi uno strato di tessuto cellulo-adiposo, il quale mediante l'incisura sacro-ischiatica si continua col tessuto cellulare sottoperitoneale, con quello dei legamenti larghi e con quelle della regione crurale.

(1) « Archives générales de Médec. » Tom IV, p. 34.
(2) « Anatomie Chirurgicale. » Vol. II, p. 615.

I flemmoni iliaci sono frequenti dopo il parto, massime nelle primipare; essi vanno talvolta confusi colla pelvi-peritonite, ma se ne contraddistinguono per lo più per la mitezza dei sintomi iniziali, e più tardi per la flessione della coscia, che manca nella pelvi-peritonite, la cui insorgenza è di solito accompagnata da febbre alta, vomito e singhiozzo e la cui tumefazione è meno resistente ed elastica.

XXVII. Mc Kay R. J. (1). — **Clinical observations upon otorrhoea (chronic purolent otitis media) with perforations of the membrana tympani.** (*Osservazioni cliniche sull'otorrea, ossia otite cronica purolenta media, con perforazioni delle membrane del timpano*); pag. 468.

Le otiti medie croniche con perforazioni della membrana del timpano di vecchia data non sono mali irrimediabili, come da molti si crede, e poichè a lungo andare possono come è noto, produrre carie e necrosi della rocca petrosa e quindi meningite, ascessi cerebrali ed infezione purolenta, richiedono che non si trascuri verun mezzo per guarirle.

L'esperienza dell'Autore è vasta avendo egli in undici anni osservato 230 casi della malattia in discorso, dei quali, 176 nell'Ospitale Bellevue di Nuova York nello spazio di cinque anni e mezzo cioè dal 1872 al 1877. Egli dà relazione di 25 casi tipici della sua clientela privata.

1.° Una signora d'anni 30 era affetta da anni da otorrea; l'udito era diminuito; in due mesi di cura ottenne la chiusura delle perforazioni delle membrane del timpano con diminuzione dello scolo e aumento della facoltà uditiva. Il miglioramento persiste da cinque anni.

2.° Un ingegnere d'anni 32 da 20 anni aveva scolo dall'orecchia sinistra, dalla quale gli era stato nella fanciullezza levato un polipo, anche dall'orecchia destra aveva avuto scolo per varj mesi, gli fu levato un nuovo grosso polipo che occupava il meato auditivo sinistro. In cinque mesi si ottenne la guarigione delle perforazioni che esistevano in entrambe le membrane del timpano, colla cessazione dello scolo e l'aumento dell'udito. Dopo un anno e mezzo la guarigione persisteva.

3.° Uno studente d'anni 18 dopo avere sofferto il morbillo nell'infanzia ebbe otorrea sinistra continua. Guarì, durevolmente, in quattro mesi.

4.° Un ragazzo d'anni 7 fin dell'età di sei mesi pativa di scolo dell'orecchio destro, ove esisteva una larga perforazione. La cura, che non potè essere assiduamente continuata si prolungò per otto mesi ma fu coronata da definitiva guarigione.

(1) Residente a Wilmington, Delaware, membro della Società otologica americana.

5.° Una ragazza di 15 anni aveva il meato uditivo sinistro occupato da varj polipi. Furono distrutti coll'acido cromico, ma rimase una perforazione, che persisteva, sebbene rimpiccolita, dopo quattro mesi di cura irregolare.

6.° Un uomo d'anni 38, dopo aver superato la scarlattina nell'infanzia, ebbe sempre scolo purolento o sieroso dalle orecchie, nelle quali si vedeva la membrana del timpano destro, ridotta ad un sottile cerchiello e la sinistra perforata nel centro. Migliorò assai sia nelle condizioni locali, sia nell'udito colle polverizzazioni di acido borico e coll'uso di membrane del timpano artificiali di bambagia, rinnovate una o più volte per settimana.

7.° Una bambina di quattro anni pativa da nove mesi scolo dell'orecchio destro. La membrana del timpano era quasi distrutta. Si ottenne miglioramento, ma non guarigione.

8.° Un orfanello sordo-muto d'anni tre o poco più aveva larghe perforazioni di entrambe le membrane del timpano. Coll'uso protratto delle polverizzazioni di acido borico acquistò l'udito e incominciò a parlare.

9.° Un giovane, d'anni 18, da sette anni, dopo aver superato il morbillo, soffriva ad intervalli dolori e scolo or dell'uno, or dall'altro orecchio. Nel meato auditivo destro furono trovati piccoli polipi, che furono esportati, e la superficie cruenta fu toccata con acido cromico, eranvi pure due perforazioni nelle membrane del timpano, le quali guarirono nello spazio di due mesi; dopo due anni lo stato locale e generale perdurava soddisfacentissimo.

10.° Un ragazzo di 13 anni aveva fin dall'infanzia scolo dalle orecchie, conseguenza del morbillo. La membrana del timpano destro era ampiamente perforata. La cura prolungata coll'acido borico e l'applicazione della bambagia portarono notevole miglioramento.

11.° Un operajo d'anni 46 affetto da otorrea con perforazioni, fin dalla fanciullezza, guarì stabilmente coll'acido borico.

12.° Un ragazzo d'anni 7 aveva da sei mesi otorrea consecutiva a scarlattina con perforazione della membrana del timpano sinistro. Guarì in poche settimane.

13.° Un fittabile d'anni 30 soffriva scolo dalle orecchie conseguenza di scarlattina avuta all'età di sei anni. All'esame presentava piccoli polipi nel meato auditivo sinistro con perforazione della membrana del timpano. Guarì in due mesi. Ebbe qualche lieve recidiva, cui si rimediò facilmente e prontamente.

14.° Una giovane d'anni 19, avendo avuto a 12 anni la scarlattina, ebbe da allora a soffrire di otorrea con ronzio alle orecchie e infine divenne sorda. La membrana del timpano destro era perforata, ma si rimarginò in poche settimane e l'udito fu in buona parte ricuperato.

15.° Una ragazza di 20 anni aveva da dieci anni otorrea conseguenza

del morbillo; tratto tratto era affatto sorda, massime quando esponevasi al freddo. Guarì nello spazio di un mese.

16.° Un giovane d'anni 28 soffriva da dieci anni scolo dalle orecchie, ronzìo, sordità. La membrana del timpano sinistro era quasi distrutta, la destra opaca ed ingrossata. Migliorò grandemente in tre settimane.

17.° Una ragazza d'anni 12 avendo avuto a cinque anni la scarlattina ne riportò un'otorrea or più or meno intensa e dolorosa, essa presentava la membrana del timpano destra perforata. La sinistra coperta di granulazioni. Migliorò in cinque settimane.

18.° Un ragazzo d'anni 14 aveva otorrea doppia con perforazione di entrambe le membrane. Migliorò dopo un mese di cura.

19.° Una ragazza d'anni 17 da otto anni aveva otorrea rimastale quale postumo di scarlattina. L'esame delle orecchie palesò che il meato auditivo sinistro era quasi ripieno di polipi e la membrana del timpano perforata. Questa guarì in quindici giorni, dopo che furono esportati i polipi.

20.° Uno studente d'anni 17 aveva otorrea, che datava da quattro anni ed era postumo di scarlattina. Nel meato auditivo destro eranvi polipi, che furono levati, indi fu applicato l'acido cromico e poi l'acido borico. La cura fu protratta a intervalli per parecchi mesi con buon successo.

21.° Uno studente d'anni 18 da qualche anno era affetto da otorrea con eczema dell'orecchia sinistra e catarro naso-faringeo. La membrana del timpano sinistro presentava una piccola perforazione, che guarì in una settimana, mentre lo scolo cessò subito dopo due giorni di cura.

22.° Un giovane d'anni 19 soggetto di quando in quando ad otorrea presentava alla membrana del timpano sinistro una piccola perforazione, che guarì in pochi giorni. Egli era pure affetto da cronico catarro naso-faringeo.

23.° Un ragazzo d'anni 13 aveva da cinque anni scolo delle orecchie senza dolore, ma con diminuzione dell'udito Le membrane del timpano erano coperte di granulazioni. Guarì quasi del tutto coll'acido borico e colle insufflazioni di Politzer.

24.° Una ragazza d'anni 19 soffrì fin dall'infanzia scolo delle orecchie. A nove anni ebbe la scarlattina, dopo di che le condizioni delle orecchie peggiorarono. Entrambe le membrane del timpano erano ricoperte di granulazioni e perforate. Eravi pure ronzìo alle orecchie, durezza d'udito e catarro nasale cronico. L'acido borico riuscì di pronto e notevole vantaggio. Da un lato la perforazione si cicatrizzò in un mese, dall'altro resistette alla cura.

25.° Una ragazza di 16 anni a sei anni aveva avuto la pertosse e dopo d'allora era stata molestata dallo scolo delle orecchie, massime

all'inverno. Aveva anche catarro nasale cronico e presentava entrambe le membrane del timpano coperte di granulazioni e perforate. Coll'acido borico lo scolo scomparve in tre giorni e le perforazioni in due mesi.

In riassunto in 17 casi le perforazioni guarirono, in 4 guarirono da un lato, restando tuttora aperto dall'altro, in 4 non guarirono, ma si ebbe tuttavia marcato miglioramento.

In 15 casi la cura si fece con applicazioni caustiche e fu sempre lunga; in 10 si impiegò l'acido borico, riempiendone i meati auditivi e il successo fu generalmente più pronto, senza altro inconveniente che quello di un passeggiero aumento dell'ottusità dell'udito per qualche ora dopo la sua applicazione.

XXVIII. Grossmann P. (1). — **A modificad Porro-Caesarean operation: the pediole dropped in** (*Un' operazione del Porro modificata con affondamento del peduncolo*); pag. 477.

Luigia Guneo figlia di genitori sani, con varie sorelle rachitiche presentava pure segni indubbj di rachitismo, e fra gli altri pelvi assimetrica ristretta in tutti i diametri e specialmente nell'antero-posteriore. La conjugata diagonale fu trovata dalla lunghezza di tre pollici. Il promonitorio del sacro era molto sporgente ed il coccige spinto all'innanzi a guisa di uncino. Il 7 maggio 1882 questa donna essendo a termine di gravidanza incominciò a provare le doglie del parto, che continuarono indarno per due giorni seguenti. Alla sera del giorno 9 essendo stato rifiutato dai pazienti il taglio cesareo si passò ad eseguire la craniotomia, quantunque il feto fosse vivente. Fu esportata la sostanza cerebrale e parte delle ossa frontale, parietali ed occipitali, ma tutti gli sforzi per eseguire la versione podalica non approdarono a nulla per la ristrettezza dello pelvi e le contrazioni uterine, che persistevano violente, sebbene l'ammalata fosse da cinque ore sotto l'azione del cloroformio. Giudicato inutile ogni tentativo di embriotomia si ottenne il consenso di eseguire l'operazione di Porro.

Fu fatta un'incisione estesa da due pollici sotto all'ombellico fino quasi al pube, senza emorragia, gli intestini e l'omento protrusero ma furono riposti, nell'utero fu praticata un' incisione lunga otto pollici, ed esso fu vuotato, quindi tratto dalla cavità addominale. Otto nodi furono applicati al legamento largo destro in modo da dividerlo in altrettanti segmenti e sei al sinistro e quindi l'utero, gli ovarj e le trombe falloppiane furono esportati. Sei lacci furono applicati al peduncolo uterino e in esso fu introdotto un catetere elastico munito di molteplici fori, di cui un estremità fu fatta uscire dalla vagina e l'altra dalla ferita addominale, mentre il peduncolo stesso fu affondato. L'incisione addo-

(1) Di Omalia, Nebraska.

minale fu chiusa mediante dieci punti di sutura e medicata con filaccie intrise di olio fenicato. Altre precauzioni antisettiche non poterono essere adottate. Al finire dell'operazione il respiro era a 28, il polso a 128 ma intermittente. Furono amministrati stimolanti e qualche alimento e furono eseguite alcune injezioni ipodermiche di morfina; tuttavia il ventre si fece timpanico, il polso andò mancando e quattordici ore dopo l'operazione sopraggiunse la morte.

L'Autore è convinto che l'esito sarebbe stato felice se si fosse potuto eseguire l'operazione più per tempo.

XXIX. Van Harlingen A. (1). — **Experiments in the use of naphtol for the treatment of skin diseases.** (*Esperienze sull'uso del naftolo nella cura delle malattie della pelle*) ; pag. 479.

Il naftolo viene adoperato quale sostituto dei preparati di catrame da circa due anni dal prof. Kaposi di Vienna. Esso è un derivato dal carbon fossile, è il naftolo β dei chimici e si presenta come una sostanza di color bruno, indistintamente cristallizzata di un debole odore aromatico. La sua costituzione chimica è rappresentata dalla formola $C^{10} H^8 O$, si scioglie a 122° centigr. e bolle a 290°; è solubile nell'alcool anche diluito, poco nell'acqua, è pur solubile negli olj e nei grassi. I preparati di naftolo quando sono in sottile strato si presentano incolori, ma esposti all'aria divengono rossi; non macchiano la pelle, nè corrodono la biancheria (2).

Kaposi adoperò questo medicamento in varj gradi di concentrazione fino ad oltre il 10 per 100 di eccipiente, in più di un migliajo di casi e generalmente con pieno successo e senza inconveniente tranne un certo grado di irritazione locale. In taluni casi fu impiegato per parecchi mesi di seguito su di un'estesa superficie cutanea. Quando però la cute è irritata, come negli eczemi, una sola applicazione di un unguento all'1 per 100 può suscitare viva infiammazione. La soluzione alcoolica però anche solo al 1|2 per 100 abbrunisce la pelle e provoca desquammazione dopo essere stata applicata solo una o due volte, e se si persiste nell'usarla si provoca eritema. Il naftolo viene prontamente assorbito dalla pelle e dà alle orine un color bruno vinoso; col tempo si stabilisce una sorta di tolleranza, secondo alcuni può produrre emoglobinuria.

Kaposi curò 536 casi di scabbia colla seguente formula: sugna gr. 230, sapone verde gr. 230, naftolo gr. 14, polvere di creta bianca gr. 2,50. Una sola fregagione è sufficiente.

L'Autore curò con questo mezzo un giovane affetto da scabbia da sei mesi, ma dovette ripetere parecchie volte l'applicazione per ottenere la perfetta guarigione.

(1) Professore di dermatologia nella Policlinica di Filadelfia.
(2) « Wiener Med. Wochenschrif. » N. 22 e 23, 1881 e N. 31, 1882.

Hardy di Parigi conferma pure l'efficacia del naftolo contro la scabbia, ma crede la sua azione più lenta di quella della pomata a base di zolfo. Egli fa disciogliere il naftolo nell'etere e lo mescola a caldo colla vaselina nella proporzione del 10 per 100.

In 71 casi di eczema Kaposi avrebbe pure conseguito buoni risultati. Nello stadio di desquammazione giova l'unguento al 1\|2 od all'1 per 100 applicato uno o due volte al giorno e coadiuvato da cosparsione di polvere d'amido. La soluzione alcoolica nelle suddette proporzioni riesce ancora più efficace, ma deve sospendersene l'uso appena la pelle assume un coloramento bruniccio. Nell'eczema squammoso cronico si può usare la pomata al 2 od al 3 per 100 oppure il sapone al naftolo. Nell'eczema impetiginoso del cuojo capelluto è utile, sempre secondo Kaposi, il naftolo sciolto nell'olio di oliva, di fegato di merluzzo o di mandorle dolci all'1 per 100 coadiuvato da lavature collo spirito di sapone alcalino, coll'alcool, col sapone al naftolo con o senza zolfo per prevenire l'accumularsi delle croste.

Il naftolo sarebbe pure un energico parassiticida, quindi raccomandabile contre la ptiriasi, la tigna tonsurante e la tigna favosa.

L'Autore non ebbe a riconoscere negli eczemi i decantati vantaggi dall'uso del naftolo; in quattro casi di eczema papuloso esso o fu inefficace o produsse viva irritazione, in due casi di eczema papuloso dimostrò qualche utilità.

Kaposi raccomanda pure il naftolo contro la prurigine, l'ictiosi e la psoriasi, in pomata nella proporzione del due fino al quindici per cento. Quando la cura si prolunga per mesi egli ogni tre settettimane la interrompe per sostituirvi per un giorno un'unzione con acido borico e glicerolato d'amido, nel rapporto di 5 a 100. Anche l'Autore lo ritiene efficace nella psoriasi quasi quanto l'acido pirogallico con minor pericolo di effetti tossici e senza l'inconveniente di colorire la pelle. La crisarobina è assai più efficace, ma d'uso molto più disaggradevole.

L'Autore riferisce due casi a conferma della propria opinione.

Un uomo d'anni 34 era da circa un anno affatto da psoriasi del cuojo capelluto con placche sparse per tutto il corpo. Il capo era ricoperto di scaglie giallognole ed in alcuni punti privo di capelli, mediante unzioni con pomata di naftolo ad 1\|30 e lavature con sapone al naftolo in quattro settimane si ebbe un notevolissimo miglioramento.

Una donna affetta da psoriasi da circa quindici anni e inutilmente assoggettata a cura arsenicale migliorò coi preparati di naftolo nello spazio di un mese.

Contro la seborrea del cuojo capelluto Kaposi similmente dapprima impiega l'unguento di naftolo ad 1\|100, poi pratica lavature con sapone di naftolo; consiglia tale cura altresì nell'alopecia prematura dovuta alla seborrea, come pure nella seborrea squammosa del naso o d'altra parte della faccia. Due casi trattati dall'Autore secondo queste norme presentarono favorevole ovviamento.

Nell'acne semplice, acne rosacea, sicosi e lupo eritematoso è raccomandata l'applicazione durante la notte del sapone al naftolo con o senza zolfo, oppure di una pasta composta di naftolo, zolfo ed alcool, ovvero di naftolo, zolfo, alcool, sapone verde e balsamo del Perù. Nell'iperidrosi delle palme delle mani e delle piante dei piedi verrebbero suggerite le lavature colla soluzione alcoolica di naftolo ad 1/30, oppure la sua applicazione prolungata mediante bambagia, ma all'Autore poco corrisposero.

Nella tricofitiasi gioverebbero le applicazioni della soluzione alcoolica ad 1/100 ripetute quattro o cinque volte al giorno per due o tre giorni di seguito, oppure quello del sapone al naftolo. Nella tigna tonsurante il naftolo gioverebbe solo dopo la depilazione A questo riguardo l'esperienza personale dell' Autore così si compendia: in due casi di tigna circinnata del mento l'unguento di naftolo diede vantaggio appena apprezzabile, quantunque si fosse continuato l'uso per più settimane e si portasse la proporzione fino al 25 per 100; in un giovane con erpete circinnato agli angoli della bocca di data recente si ottenne pronta guarigione coll'unguento al 1 0/0, in una signora con un cerchio di erpete circinnato alla regione scapolare sinistra la guarigione si fece attendere per quasi un mese; in un giovane con una striscia di erpete circinnato dall'uno all'altro sopracciglio, persistente da due mesi ottenne la scomparsa con una sola applicazione; in tre casi di pitiriasi vescicolare l'effetto fu poco evidente.

Nella tigna favosa Kaposi ottenne pieno successo dall'olio col naftolo ad 1 per 100 e del sapone di naftalo e nella ftiriasi del pube dal miscuglio d'olio d'oliva e naftalo a parti eguali.

In riassunto l'Autore concorda con Kaposi nell'ammettere l'azione benefica dal naftolo nei casi di *scabia, psoriasi* e *seborrea*, la nega per quelli di *eczema, iperidrosi, tricofitiasi* e *pitiriasi versicolare*, mentre non può pronunciare giudizio relativamente alla *prurigine, ictiosi, acne semplice e rosacea, sicosi, lupo eritematoso, tigna favosa* e *ftiriasi del pube*.

L'esatto valore del naftolo nella terapia dermatologica rimane ancora a determinarsi, ma è certo che esso non è senza importanza.

XXX. Cheesmen W. S. — **Periostitis of the mastoid; necrosis, recovery.** (*Periostite e necrosi dell'apofisi mastoidea con guarigione*); pag. 490.

Un uomo fin dalla fanciullezza dopo aver superato la scarlattina, soffriva di otorrea dall' orecchia sinistra. Nell' ottobre 1882 l' otite si esacerbò e si associò ad intensi dolori, sospendendosi lo scolo, la regione mastoidea si fece gonfia e insorse la febbre. Un incisione fatta dietro l'orecchia diede uscita a discreta copia di pus fetido, e in seno della ferita si sentì l'osso denudato. Si praticarono lavature con acqua calda fenicata e si applicò un tubo da fognatura. Così si continuò per due

mesi in condizioni locali e generali soddisfacenti essendo cessati i dolori e svanita la tumefazione. Alla metà di dicembre essendo scemato alquanto il deflusso del pus si ebbe nuova insorgenza di febbre e dolori onde fu mestieri dilatare l'apertura e raschiare vivamente la superficie necrotica dell'osso, indi fu fatta una medicazione con bambagia imbevuta di balsamo del Perù. Per tre settimane tutto procedette ancora regolarmente, dopo di che essendo apparsa una tumefazione dolente nel meato auditivo esterno fu necessario inciderla e dar esito ancora una volta al pus. Allora uno specillo introdotto nell'apertura fatta penetrò nelle cellule mastoidee. Dopo due giorni fu maggiormente ampliata questa seconda incisione, indi si fece la medicazione con olio fenicato e con iodoformio e dopo tre mesi si conseguiva la guarigione.

BIBLIOGRAFIA

Rapport sur les cas de rage humaine qui se sont déclarés pendant les années 1881, 1882, et 1883, dans le département de la Seine. (*Informazione intorno ai casi di rabbia umana apparsi durante gli anni 1881, 82, 83, nel dipartimento della Senna*); del dott. DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Revue d'Hygiène*. Tome VI, N. 3).

Interessante lavoro fatto per suggerimento del Consiglio d'igiene. Si divide in parecchie parti che noi largamente riassumeremo.

Statistica. — Furono 38 le denunzie relative a casi di rabbia umana, reale o sospetta, che vennero sottomessi al Consiglio d'Igiene durante gli ultimi 3 anni 1881, 82, 83, e siccome 4 debbono essere eliminati perchè non concernenti veri casi di rabbia, così il numero di questi ultimi si riduce a 34 appartenenti 21 al 1881, 9, al 1882 e 4 al 1883. In 31 di questi casi la malattia fu comunicata dai cani, in 3 dai gatti. Le morsicature furono fatte quasi sempre sulle parti nude e due volte invece attraverso le vesti lacerate però previamente coi denti. Le morsicature colpirono in 18 casi le mani e i polsi, in 14 la faccia, in 1 la gamba, in uno da ultimo la sede fu incerta. Da ciò apparisce chiara la grande protezione esercitata dalle vesti, a meno che queste non siano precedentemente lacerate dall'animale, che si apre in tal guisa una via alle parti denudate.

Quanto alla profondità delle morsicature, in quelle 18 volte che la si potè esaminare, 14 si trattava di ferite leggiere e 4 di ferite più profonde. Il vocabolo poi *morsicatura* non sarebbe sempre applicabile, secondo l'Autore, e questi ha osservato in certi casi il solo contatto della lingua sulle mucose produrre la rabbia. Basta che il virus rabido giunga a contatto del derma denudato, ed è anzi questo il modo d'inoculazione più dannosa perchè non attira l'attenzione.

La malattia nell'animale che produsse la morsicatura non sempre si potè accertare; 16 volte soltanto fu confermata da un veterinario, 18 volte invece si trattava di cani erranti, che dopo aver fatto il male sparirono senza lasciar traccia.

Tutti i casi di rabbia si svilupparono in soggetti che non presero dopo la morsicatura quelle precauzioni che lo stesso Dujardin-Beaumetz indicava in una particolare istruzione pubblicata nel dicembre del 1881, ove si raccomandava soprattutto la energica e pronta cauterizzazione col ferro rovente. Fra i colpiti, alcuni dopo esser stati morsi-

cati non se la diedero neppure per intesa, altri si diressero a farmacisti che fecero lavacri con acqua fenicata, spirito canforato, tintura d'arnica o cauterizzazioni con ammoniaca liquida, mezzi già conosciuti come troppo poco efficaci. Due sole volte fu applicato il ferro rovente, ma dopo un lasso di tempo troppo lungo.

Durate dell'incubazione. — Come si osserva di solito in questa malattia, variò di molto nei casi che ci occupano e difatti 5 volte si sviluppò dopo la morsicatura da 23 giorni a un mese, 16 volte da 32 giorni a 2 mesi, 4 volte da 65 giorni a 3 mesi e 4 da 92 giorni a 4 mesi. Una volta il male si sarebbe sviluppato dopo 141 dì, un'altra dopo 18 mesi e un'altra ancora dopo 2 anni e 93 dì. In due casi da ultimo la durata della incubazione fu ignota. Da una tale statistica apparisce che in 29 casi il male sopravvenne in un tempo non maggiore di 4 mesi dopo la morsicatura. L'Autore poi fa qui le sue riserve pei due casi di maggior durata dell'incubazione, poichè nel primo (18 mesi) si trattava di un individuo che era sempre a contatto con molti cani e che potrebbe essere stato infettato benissimo più tardi, tanto più che non è dimostrato che la inoculazione fosse dovuta a una morsicatura. L'altra (2 anni e 93 dì) fu un bambino che sembra sia morto invece che per idrofobia per meningite (Non fu fatta l'autopsia).

Per venire a conoscere qual rapporto passi fra il punto leso e il momento di sviluppo della malattia l'Autore compilò una tavola, dalla quale apparisce come nessun rapporto apprezzabile esista in proposito, tanto che si può dire le morsicature alla faccia produrre la rabbia in un tempo analogo ed alle volte anche più lungo di quello, ad esempio, che si nota per le ferite degli arti. Da ciò una smentita alla teoria di Duboué che vorrebbe la rabbia propagarsi pei nervi. In questo caso le ferite della faccia dovrebbero essere assai più prontamente micidiali, ciò che non è.

Siccome i partigiani della trasmissione nervosa del virus rabido invocano in loro appoggio la durata della incubazione secondo l'età, durata che sarebbe tanto minore quanto più giovane è l'individuo, così l'Autore compilò, anche a tale scopo, un'altra tavola, da cui apparisce che non vi ha nessuna relazione fra l'età e la durata dell'incubazione. Difatti se si osservano soli 23 giorni d'incubazione a 2 anni e 108 giorni a 67 anni, si notano anche per l'opposto soli 20 giorni a 33 anni e 122 a 2 anni e 1|2, 24 giorni a 56 anni e 60 a 10. Una terza tavola da ultimo fu compilata dall'Autore per vedere la possibile relazione fra il tempo di sviluppo della rabbia e il punto leso in unione all'età dell'individuo, ma nulla d'importante si potè ricavare in appoggio alla teoria della trasmissione del virus rabido.

Sintomi osservati. — Nulla di nuovo. Nel più dei casi, in principio insonnio, maggiore eccitamento nervoso, dispnea inesplicabile, difficoltà di deglutizione. Nei ragazzi la dispnea e l'ansietà precordiale hanno simulato talvolta un accesso di crup, creduto tale dallo stesso medico.

In qualche caso si ebbero dolori lungo i nervi dal lato che portava la cicatrice della morsicatura. In un altro caso i dolori in principio furono alle articolazioni, in modo da sembrare un vero reumatismo articolare. Da ultimo in un individuo si notò fra i prodromi la satiriasi, sintoma raro, ma che fu notato altra volta e che si osserve anche negli esperimenti sugli animali.

Col procedere del male i sintomi presentano un quadro clinico sempre più analogo in tutti i casi, cioè: agitazione estrema, stato d'ansietà continuo che il menomo movimento o susurro aumenta d'assai, dispnea senza nessuna lesione al torace, sensazione di angoscia e di strangolamento che il più leggiero soffio od una luce un po' forte o un piccolo movimento trasforma in vero accesso convulsivo, spasmo faringeo se il malato vuol bere, emissione continua di sputi, sudori profusi, calore del corpo a 40° e più, accessi di delirio attivo o di azione.

Il delirio alcoolico a forma idrofobica, che potrebbe essere talora confuso colla rabbia, non lo sarà più quando si rifletta che in esso predominano i sintomi del *delirium tremens*, che mancano l'angoscia e l'aereofobia caratteristiche della rabbia e che l'idrofobia se esiste non è che passeggiera. Il delirio d'azione poi è di gran lunga più attivo nel delirio alcoolico a forma idrofobica.

La durata dei sintomi nei casi osservati dall' Autore oscillò da 20 ore a 6 giorni. Nel più dei casi fu di 3 giorni. La morte poi avvenne, o sotto un vero stato comatoso o asfittico, o durante un accesso, o, come fu notato il più delle volte, improvvisamente.

Cura. — L' Autore qui non parla che dei nuovi tentativi fatti colla pilocarpina, la valdivina, l'hoang-nau, il xantium spinosum e il solfuro d'allile.

Nell'idea che l'aumentata diaforesi potesse favorire l'eliminazione del virus rabido attraverso la pelle, e dietro anche la memoria del preteso caso di guarigione di Dionigi Dumont, si adoperò in cinque malati la *pilocarpina*, ma sempre inutilmente, come pure inutilmente era stata esperimentata da Gibier sugli animali.

La *valdivina* principio attivo della *picrolemma valdivia*, (sostanza eccessivamente tossica che fa sparire di solito gli accessi convulsivi della rabbia, senza però impedire la morte) fu adoperata dall' Autore in due casi, alla dose di 8-10 milligrammi, per iniezioni ipodermiche, ma tutto inutilmente.

Il medesimo insuccesso in tre casi si vide seguire dall' uso dell'*hoang-nau*, sostanza analoga alla falsa angostura, adoperata dagli abitanti del Tonkin all'identico scopo di combattere la rabbia e che deve la sua azione alla stricnina e alla brucina che in sè contiene.

Lo *xantium spinosum*, usato come antirabido nella Podolia e di cui tanto si decantano le virtù, adoperato dall' Autore in un caso tornò infruttuoso, come tale del resto sempre si mostrò in simili circostanze fino dal 1876 in cui fu conosciuto.

Anche l'*ag'io* come antirabido è usato dagli abitanti che circondano il mar Caspio, unitamente all'impiego dei bagni a vapore esternamente. L'Autore adoperò questo rimedio ed anche il suo principio attivo, cioè il solfuro d'allile, in individui che erano stati morsicati da cani rabbiosi e che non furono in seguito cauterizzati. La rabbia in tali individui non si sviluppò. Ma, se a primo aspetto questi fatti hanno un grande valore, non ne avranno più tanto quando si pensi che non sempre la rabbia si sviluppa anche negli individui che una volta morsicati sulle parti denudate non si sottoposero in seguito a nessun energico trattamento preventivo. In tal proposito del resto sono d'accordo anche tutti gli esporimentatori negli istituti veterinari, ecc.

Fisiologia patologica della rabbia. — Nel 1880 il Galtier fece conoscere che anche i conigli potevano essere utilizzati negli esperimenti sulla rabbia. Nel 1881 dei conigli, ai quali era stata iniettata la saliva di un bambino di 5 anni affetto da rabbia, morirono assai rapidamente, e si potè allora instituire una serie di nuove iniezioni ad altri conigli colla saliva non solo, ma anche coi gangli, il bulbo, ecc. Tutti questi conigli morirono in 24 o 48 ore; ma, è lecito chiedere, si trattava egli in questi casi di vera rabbia?

Il Pasteur trovò nel sangue e nella saliva di tali conigli un piccolissimo microbo in forma di cifra otto, che non era l'elemento infettivo del virus rabiro (perchè lo si trova eziandio nelle inoculazioni fatte colla saliva d'individui non rabbiosi) e che poteva trasmettere una malattia mortale da coniglio a coniglio. Una commissione appositamente nominata dall'Accademia di Medicina di Parigi trovò infine che a tre diverse malattie potevano soccombere i conigli sottoposti a simili esperienze, cioè: *a*) Quando gli animali perivano entro i due primi giorni, lo strano o morbo causa della morte (caratterizzato dalla congestione dei polmoni e della trachea) era dovuto a quel microbo descritto da Pasteur. *b*) La morte avvenuta nel primo settenario si doveva alla setticoemia, come lo dimostrava l'esame del cadavere, e *c*) la morte sopraggiunta verso la fine delle 3 settimane, coi segni della paralisi, era dovuta invece alla rabbia.

Come si vede l'introduzione dei conigli per pli esperimenti sulla rabbia complicò d'assai la questione; ma spettava anche questa volta a Pasteur semplificare e chiarire meglio le cose. Nello stesso anno 1881 egli fece conoscere un processo certo e infallibile d'inoculazione, che produceva la rabbia assai rapidamente e che consisteva nel collocare sulla superficie del cervello degli animali, coi quali si esperimentava, dei frammenti di bulbo o di cervello di altri animali morti d'idrofobia.

Qui l'Autore in una nota riporta un brano del Roux che ci fa conoscere il processo operativo usato dal Pasteur in simili esperimenti.

All'animale, assicurato previamente sull'apparecchio per le operazioni ed anestesiato col cloroformio, vien fatta la trapanazione del cranio

nella regione temporale al disotto del muscolo crotafite che fu prima scollato insieme alle altre parti molli. Messa a nudo la dura madre si inietta sotto la stessa sostanza destinata con una siringa del Pravaz portante un ago piegato ad angolo retto. Poi si lava la parte con acqua fenicata e si chiude la ferita con tre punti di sutura. Si ha per solito la guarigione per prima intenzione.

Da questi nuovi esperimenti il Pasteur trasse una larga serie di importanti conclusioni. Si venne a sapere in primo luogo che il il virus rabido, più ancora che non nella saliva e nelle glandole salivari, trovasi nel sistema nervoso ed in particolar modo nel bulbo. Le iniezioni intra-aracnoidee fatte col bulbo non hanno mai mancato una sol volta di produrre, e in breve tempo, la rabbia, fatto questo importantissimo che ci permetterà d'ora innanzi di accertare la diagnosi nei casi dubbi, come fece anche il nostro Autore nella maggior parte dei casi illustrati nel suo rapporto.

Le iniezioni intravenose di saliva rabida non sempre valsero a produrre la rabbia, ed alla dose perfino di un centimetro cubo si videro tornare infruttuose. Invece le stesse iniezioni intravenose con frammenti di bulbo produssero sempre la rabbia. Negative tornarono in ogni tempo, e in mano di parecchi esperimentatori, le trasfusioni fatte col sangue di animali rabbiosi, ciò che dinota il sangue di questi non esser punto atto a comunicare la rabbia. Colle iniezioni intra-aracnoidee la rabbia diviene trasmissibile a tutti gli animali e dall'uomo agli animali.

Si può quindi supporre in base a tali esperimenti che la rabbia sia dovuta ad un microbo, il quale, sebbene non sia stàto ancora isolato, trova il terreno favorevole alla sua coltura nel sistema nervoso e nel bulbo in particolar modo. Tutti sintomi difatti della rabbia dipendono dal punto dell'asse cerebro-spinale meglio invaso da questo proto-organismo. Le forme paralitiche della malattia osservata negli animali ci indicano che il midollo spinale a preferenza fu invaso. Quando è il cervello maggiormente occupato dai microbi è il delirio che predomina, ma la scena finisce poi sempre colla invasione del bulbo, caratterizzata dalla sopravvenienza dei sintomi di dispnea, disfagia, accessi convulsivi, morte istantanea, ecc., secondo i vari punti del bulbo che sono a preferenza lesi. Come è per altro, domanda l'Autore, che questo supposto microbo che spiega così bene i sintomi della rabbia, può passare dal bulbo alle glandole salivari? Perchè il sangue in nessun periodo del male divien virulento? Bisognerebbe ammettere, risponde lo stesso Autore, che un tal microbo depositato sulla ferita della pelle colla morsicatura, penetrasse nei linfatici o nel sangue, modificandosi in modo, durante il suo passaggio, da perdere la virulenza, che riacquisterebbe poi allorquando arriva nel sistema nervoso, in un luogo cioè più favorevole al suo sviluppo. La teoria della trasmissione nervosa dal virus rabido spiegherebbe a vero dire ogni cosa, ma questa non è confermata nè dalla clinica nè dagli esperimenti. Non dalla clinica per le ra-

gioni che già conosciamo, e non dagli esperimenti perchè giammai, nel periodo d'incubazione, dei frammenti di nervi corrispondenti al punto inoculato hanno potuto trasmettere la rabbia.

Cura e misure profilattiche. — Essendochè è la localizzazione del virus rabido nel bulbo che produce la morte nei casi di rabbia, bisognerebbe trovare una sostanza che localizzando la sua azione in esso bulbo, senza danneggiarlo potesse impedire la propagazione del virus.

Noi non conosciamo la natura del supposto microbo della rabbia, che non fu ancora nè isolato nè coltivato, e se abbiamo delle sostanze che, come l'etere, il cloroformio, l'alcool, la stricnina, il curaro, ecc.. possono in dosi convenienti trovarsi impunemente nell'asse cerebro-spinale, non sappiamo però quale azione esse abbiano sul virus rabido. (Non certo quella di distruggerlo). Le sostanze finora da noi adoperate come antiparassite agiscono distruggendo i proto-organismi unitamente alla cellula vivente che li contiene. È chiaro che per la rabbia bisogna trovare un agente che rispetti le cellule nervose contenenti il virus micidiale. In attesa di questo rimedio bisogna cercare intanto di impedire la malattia nei cani, che sono pressochè l'unica sorgente della rabbia dell'uomo.

Non tutti i cani vanno soggetti alla rabbia, ad onta che sia stata ad essi medesimi varie volte inoculata e, come risulta anche dagli esperimenti del Pasteur, alcuni pochi tra essi hanno per una simile malattia una vera ed assoluta immunità. Questo fatto fa sperare di poter forse un giorno ottenere in tutti i cani una consimile immunità e ciò o con dei ben intesi incrociamenti o colla pratica delle inoculazioni del virus attenuato, che diede risultati così splendidi nel colera dei polli, nel carbonchio e nella rogna dei porci (1). Per fare questo sarebbe necessario poter conoscere e coltivare il supposto microbo della rabbia, ciò che appunto finora non si potè mai ottenere.

« Ma (e qui riportiamo le testuali parole dell'Autore).... il sig. Pasteur.... ci mostrava come, senza che fosse necessario d'isolare l'agente della virulenza della rabbia, si poteva colla sua inoculazione nelle differenti specie di animali ottenere delle virulenze variabili secondo le specie. Secondo il nostro eminente collega, ogni cosa essendo d'altronde uguale, la virulenza sarà in ragione inversa dei giorni d'incubazione. Si è potuto così, con questa coltura del virus rabido negli organismi viventi, attenuarlo al punto che inoculato di nuovo ad un cane conferì ad esso la immunità, ed in questo momento il sig. Pasteur possiede 23 cani che sono ormai insensibili alle inoculazioni della rabbia canina. È questo un fatto di una immensa importanza, e tutto fa sperare che grazie alla scoperta di questo vaccino della rabbia, noi preserveremo i cani della idrofobia, e faremo sparire per conseguenza la rabbia umana. »

---

(1) Nonchè ultimamente, soggiungiamo noi, nella febbre gialla dell'uomo al Brasile (Vedi il giornale. *La Natura*, N. 18, pag. 284).

In attesa che una simile inoculazione del virus rabido attenuato, una volta dimostrata assolutamente efficace, sia entrata coll' appoggio dei governi nel dominio della pratica generale (1), l' Autore passa qui a studiare le misure che bisogna prendere per impedire la propagazione della rabbia.

La museruola, che dovrebbe essere del resto solida e bene assicurata all'animale, secondo l' Autore, è un mezzo molto illusorio e se esso ha un vantaggio è quello di permettere di prendere i cani erranti (che non l' hanno), i quali sono appunto i più cattivi propagatori della terribile malattia.

La proposta del Bonnel, di segare cioè i denti a tutti i cani, come ognun vede è impraticabile ed il Consiglio d' Igiene non l' accettò da noi fu già combattuta dal prof. Porta.

Nel maggior numero dei casi, come fu per l' addietro dimostrato, la rabbia nell'uomo si dovette ai cani erranti, senza casa e senza padrone, che abbondano particolarmente nei comuni suburbani. Si notò anche un rapporto costante fra il numero degli animali rabbiosi e quello degli uomini morsicati. Secondo il Leblanc nel 1881 vi ebbero 615 animali rabbiosi e 156 uomini morsicati, dei quali 20 morirono di rabbia. Nel 1882 si ebbero 276 animali rabbiosi e 67 uomini morsicati, dei quali 9 periti per idrofobia. Nel 1883 da ultimo con 182 animali rabbiosi notaronsi 45 uomini morsicati, dei quali 4 morti in seguito alla idrofobia.

Da sì costante relazione fra il numero dei casi di rabbia umana e quello dei casi di rabbia nei cani, deriva appunto il consiglio di diminuire più che sia possibile la cifra dei cani erranti. Ogni cane non portante un' apposita collana regolamentare, dovrebbe essere condotto in carcere ed ucciso se non fosse reclamato dal suo proprietario entro 48 ore (2). Ogni anno si raccolgono così in media circa 4000 cani, dei quali ben pochi vengono reclamati.

Qui l' Autore passa a considerare il grande numero dei casi di rabbia negli animali e nell' uomo osservati (come apparisce dalla tavola del Leblanc sopra riportata) nell'anno 1881. Si deve ciò alla non applicazione delle misure di Polizia rispetto ai cani erranti o ad una ten-

---

(1) Vedi a pag. 159 del vol. CCLXX di questi *Annali* le conclusioni della Commissione incaricata di esaminare se i cani che il Pasteur dichiarava di avere resi immuni da rabbia, fossero veramente tali.

(2) Ci sembra a tal proposito che molto più di una *collana regolamentare*, come vorrebbe l' Autore, possa essere utile una *museruola regolamentare* (portante inciso il nome del proprietario del cane). Sia pure illusorio quanto si vuole il vantaggio della musoliera considerata in via generale, ma è un fatto che una volta ch' essa fosse ben costruita e solidamente applicata all' animale sarebbe di una incontrastabile utilità. In ogni caso poi, per poco che valga, gioverà sempre più della semplice collana.

denza epidemica che fece crescere i casi di rabbia nei cani e quindi anche per conseguenza nell'uomo? Ambedue questi momenti eziologici dovrebbero essere presi in considerazione. Lasciando stare la questione della spontaneità della rabbia negli animali, è chiaro che la diffusione di questa avviene poi sempre col mezzo delle successive morsicature fra di loro, per cui sarà col sagrificare i cani erranti che si potrà porre un argine a simile malattia. Nel 1778, al pari che nel 1881, vi fu un gran numero di cani rabbiosi (613 e 615 nel 1881) e per conseguenza anche di casi di rabbia nell'uomo. In vista di ciò si ordinò una vera ecatombe di tutti i cani erranti e in 2 mesi se ne uccisero 4825; or bene l'anno seguente non si ebbero che 185 casi di rabbia nei cani. Lo stesso fatto si osservò dopo il 1881.

Quanto alla cura profilattico nell'uomo l'Autore la riduce ai seguenti precetti: far sanguinare la ferita, lavarla abbondantemente e cauterizzarla energicamente ed a preferenza col ferro arroventato. A ciò vorrebbe si aggiungesse anche la cura morale consistente nel far presente all'individuo morsicato e cauterizzato come la rabbia possa molte volte non manifestarsi anche in persone che non furono cauterizzate e ciò in causa della speciale immunità di certi individui. Al buonsenso ed al cuore del medico non dovranno poi mancare tante altre facili argomentazioni consimili, delle quali, a seconda del soggetto e del caso, potrà giovarsi per la cura morale. Dott. FORTUNATO FRATINI.

Sulla etiologia della tubercolosi. — *Studio critico e sperimentale del dott.* GIUSEPPE LAPPONI, *medico primario in Pollenza-Marche; Macerata, Stabilimento Tipografico Fratelli Mancini,* 1884 in VIII di pag. 128.

Il lavoro è diviso in tre parti. Nella prima, che porta il titolo di prolegomeni, sono descritte le generalità anatomiche e cliniche della malattia che si indica col nome di *Tubercolosi.* Nella seconda si ricerca quale sia il solo e necessario principio che determina l'affezione. Nella terza finalmente si studiano le condizioni dalle quali è favorita, nei singoli casi, l'azione morbigena del principio, dal quale l'affezione è determinata.

Nei prolegomeni l'Autore comincia col dare un cenno storico della tubercolosi, il cui prodotto caratteristico, d'origine probabilmente infiammatoria, è il tubercolo. Anatomicamente il tubercolo è molto analogo ai granulomi del Virchow e si presenta o in forma di granuli, o in forma di noduli, o in forma di infiltrato. In ogni caso è caratteristica la mancanza di vasi nel suo interno. Nella forma granulare il tubercolo dicesi miliare ed è, o molle, o duro: quando è giovane, ha co-

lor grigio e risulta di sole cellule linfoidi, a periodo completo di sviluppo è formato nel centro di una o più cellule giganti, attorno a cui è una prima zona di cellule epitelioidi e poi una zona più esterna di cellule linfoidali, le quali nel tubercolo duro sono sostituite da tessuto connettivo fibrillare. Nella prima forma di nodulo, il tubercolo costituisce un tumoretto risultante dalla confluenza di più tubercoli miliari. Nella forma di infiltrato il tubercolo è rappresentato da isolotti di sostanza patologica, che nella loro struttura intima, ripetono in grande o la forma tuberco-miliare o quella del nodulo.

Qualunque sia il tessuto da cui sorge il tubercolo, questo, raggiunto il completo sviluppo, o guarisce, o si trasforma in sostanza cornea, o si calcifica, o subisce un processo di caseificazione. La metamorfosi caseosa del tubercolo è la più frequente e devesi, più che al difetto di vascolarità, alla caducità particolare degli elementi anatomici costituenti il tubercolo. La caseificazione è caratteristica, ma non esclusiva, del tubercolo.

Il tubercolo può aver sede in tutti gli organi e in tutte le parti del corpo.

Nel maggior numero dei casi più organi insieme o successivamente sono invasi dal tubercolo, e allora si ha la così detta *tubercolosi comune* o *volgare*. Altre volte però il tubercolo resta confinato per lunghi anni e forse per tutta la vita nell'organo primitivamente invaso e allora si ha la così detta *tubercolosi locale*.

Clinicamente la tubercolosi volgare può decorrere, o in modo acuto, o in modo lento, e quasi per invasioni successive. La tubercolosi acuta non forma giammai il substrato di nessun'altra malattia: la tubercolosi cronica è il substrato di molte affezioni così dette scrofolose ed è altresì il fattore principale delle lesioni anatomiche costituenti la tisi. L'evoluzione della tubercolosi volgare è sempre più o meno associata a disturbi e fenomeni generali. La tubercolosi locale clinicamente decorre sempre con somma lentezza; non tende che per singolare eccezione ad estendersi, e quasi mai si associa a fenomeni costituzionali.

La tubercolosi sia volgare, sia locale, può guarire: è però in via di eccezione che guarisce la tubercolosi volgare acuta; mentre è quasi di regola, specialmente in seguito ad un atto operatorio, la guarigione della tubercolosi locale. Molti casi di lenta tubercolosi polmonare guarita, non sono forse che casi di tubercolosi locale.

Nella seconda parte del suo lavoro, l'Autore entra veramente nell'argomento. Dimostra con esperimenti come le cagioni comuni non siano capaci di suscitare una vera tubercolosi neppure in animali predisposti, come i conigli, a questa affezione, quando gli animali siano sani e si usino le debite cautele. Infatti asportando in alcuni conigli, alla regione del collo un pezzo di nervo vago; insufflando nella trachea previamente aperta di altri, polvere di vetro; sottoponendo altri a nutrizione insufficiente; schiacciando ad alcuni il torace dopo averli messi

in pessime condizioni d'igiene; ponendo del carbone entro la ferita cutanea di alcuni, e cacciando frammenti di sughero fra le anse intestinali di un altro coniglio, l'Autore non ha mai potuto avere in nessuno, produzione generale o locale di tubercoli. Se dunque le cause comuni non bastano a produrre la tubercolosi, è necessità ammettere per questa affezione una causa efficiente particolare.

La struttura anatomica del tucercolo, analoga a quella dei granulomi, che sono tutti originati da causa infettiva, induce naturalmente a pensare, che di natura infettiva debba essere pure la causa da cui è determinata la tubercolosi. E che nel fatto sia davvero così, lo dimostrano perentoriamente: l'azione che la causa stessa dispiega su tutto l'organismo; il dominare talvolta epidemico dell' affezione, l'evidente moltiplicarsi dell'elemento morbigeno in seno all'organismo di certi individui. Ma le cagioni morbifiche d'indole infettiva, altre sono miasmatiche, ossia non comunicabili, ed altre contagiose o comunicabili.

La causa che determina la tubercolosi, è contagiosa se l'Autore lo dimostra coi fatti storici della importazione della malattia per la via del commercio in luoghi una volta immuni; coi fatti clinici provanti la trasmissione dell' affezione del malato a coloro, che coabitarono ed ebbero rapporti con lui, e dalla madre alla prole portata nell'utero; coll'ordine di successione delle aberrazioni anatomiche nei soggetti tubercolosi; e coi risultati ottenuti sperimentalmente da molti e dall'Autore stesso mercè le incubazioni. Ai risultati sperimentali fanno esatto riscontro eloquentissime osservazioni cliniche. Le osservazioni già fatte e i precedenti risultati della patologia sperimentale non possono oggi aver più alcun valore, giacchè tutte muovono da interpretazioni inesatte di alcuni fatti provocati dall'esperimento. Il modo di evoluzione della tubercolosi sperimentale dimostra la sua identità colla tubercolosi comune. I fatti poi comprovanti la possibilità della comunicazione della tubercolosi per mezzo degli elementi servono di conferma alla esattezza dei resultati sperimentali ottenuti colle inoculazioni. Non si può dunque più dubitare che la causa determinante la tubercolosi è di natura contagiosa.

Ma le cause suscitatrici di malattie comunicabili e perciò contagiose, sono tutte d'indole specifica. Orbene è tale anche la causa che determina la tubercolosi: infatti il principio, che provoca questa affezione, non è capace di dare che questa sola malattia. E reciprocamente la tubercolosi non può essere data se non dalla sola causa che le è propria. I fatti che sembrano oppugnare questa verità non hanno valore alcuno, perchè relativi o ad esperimenti fatti senza le precauzioni richieste dalla delicatezza dell'argomento o a resultati di cui non si è giustamente apprezzata la significazione. L'Autore 'appoggia le sue osservazioni con eloquenti esperimenti personali. Del resto il diligente esame dei caratteri anatomici e biologici dei prodotti sperimentali ottenuti con sostanze non tubercolari mostrano che questi non sono se non

pseudo-tubercoli e la critica dei vari fatti addotti dagli autori per combattere la specificità dell'affezione confermano vieppiù la natura specifica dalla causa morbosa onde la tubercolosi è suscitata.

Poichè tutte le malattie contagiose si ritengono date da esseri viventi costituenti quei virus che a queste malattie hanno meritato il nome di virulente; è naturale, che, stabilita la natura contagiosa della causa produttiva della tubercolosi, gli sforzi degli osservatori si siano da parecchio tempo rivolti alla ricerca dell'essere vivente che è la cagione vera e propria della malattia. La gloria della scoperta di cotesto essere vivente, che rappresenta il virus tubercolare e conseguentemente la causa unica ed esclusiva della tubercolosi, spetta a Roberto Koch.

Nei prodotti della tubercolosi esiste costantemente uno schizomiceto in forma di bacillo, il quale ha forma e reazioni cliniche caratteristiche. Esso è il solo microfito che esiste costantemente nei prodotti della tubercolosi. Questo bacillo può essere isolato per mezzo delle coltura frazionate. Esso inoculato riproduce sempre, costantemente ed esclusivamente la tubercolosi: gli altri microfiti danno malattie diverse. Il microfito del Koch è adunque la causa vera e necessaria della tubercolosi. L'Autore difende la scoperta del Koch dai molti attacchi a cui è stata fatta segno e risponde alle obbiezioni, messe innanzi per menomarne la importanza, appoggiandosi anche alle risultanze di svariati esperimenti personali. Di essi sono importantissimi quelli con cui l'Autore dimostra che i corpuscoli viventi sferoidali e quasi sferoidali rinvenuti dal Malassez, dal Vignal e da altri in alcuni prodotti anatomici della tubercolosi altro non sono, che lo stesso bacillo del Koch in diversi periodi della sua evoluzione biologica. Descrive poi l'Autore i bacilli, indica la loro sede ed espone i metodi di coloramento più in uso. Parla della loro analogia con quelli della lebbra e del lupus e ne accenna i caratteri e le proprietà differenziali. Parla in seguito dei rapporti della tubercolosi colla lebbra, col lupus, colla scrofolosi e coi processi caseosi tifogeni. E, dopo aver discussa la provenienza dei bacilli tubercolari e studiata anche sperimentalmente la loro vitalità e la loro resistenza coll'azione di parecchi agenti fisici e chimici, viene a stabilire, che la loro diffusione ha luogo per gli sputi, per le materie escrementizie e per l'aria di espirazione. L'aria li trasporta e li sparge insieme al pulviscolo atmosferico. Il bacillo tubercolare penetra nell'economia specialmente per le vie respiratorie; ma può penetrare ancora per le vie digerenti. L'invasione per altre vie è assai difficile e segnatamente per le vie uro-genitali: dubbia la penetrazione nell'ovulo insieme agli elementi fecondatori dello sperma. Avvenuta la penetrazione, è duopo che il bacillo venga assorbito, che si moltiplichi e che trovi un terreno adatto al suo sviluppo. Quando ciò non avvenga esso o è ricacciato all'esterno, o è sopraffatto nella lotta per l'esistenza, che ingaggiano contro di esso, gli elementi dell'organismo.

Nella terza parte l'Autore distingue le condizioni, che favoriscono lo sviluppo della tubercolosi, in circumambienti e in individuali. Tra le condizioni circumambienti passa in minuziosa rivista i climi, le stagioni, le abitazioni. La tubercolosi è frequentissima nei luoghi caldi e in quelli umidi e con forti squilibri di temperatura. Le stagioni fredde e umide sono assai favorevoli allo sviluppo della grave malattia. Le abitazioni sono anche esse propizie all'insorgere dell'affezione, quando esse sono agglomerate, anguste, umide, male ventilate ed oscure; e quando in una stessa abitazione sono agglomerate tante persone.

L'Autore esamina a lungo il modo di agire di questi diversi momenti etiologici sull'animale economia. Passa poi a dire delle condizioni individuali, che agevolano l'invadere e l'operare del bacillo del Koch. Esse sono o d'ordine fisiologico, o di ordine patologico. Tra le prime discute a lungo l'eredità, che nel maggior numero dei casi, vuol essere intesa nel senso di una semplice predisposizione. L'ambiente saturo del materiale infettante può e deve spiegare in molti casi la pertinace trasmissione della malattia a successive generazioni di una stessa famiglia. In seguito è studiata l'influenza dell'età, del sesso, della costituzione; lo stato sociale può preparare alla malattia o per deficienza di cibo e per gli stenti, o per la intemperanza dei godimenti o per l'abuso delle forze fisiche.

Alla tubercolosi predispongono ancora molte professioni, specialmente quelle, che importano un lavoro in date condizioni insalubri, o eccessivo sia per intensità, sia per durata. I patemi e le male abitudini igieniche possono contribuire allo sviluppo della malattia. Tra le condizioni di ordine patologico, che possono facilitare l'insorgere dell'affezione, sono da ricordare in primo luogo le malattie discrasiche, le quali operano indebolendo l'organismo. Ai traumatismi, specialmente nei giovani, susseguo spesso la tubercolosi, o perchè i traumi aprono la via alla penetrazione del bacillo o perchè preparano in questo, o in quell'organo, un terreno acconcio allo sviluppo del parassita. Altrettanto potrebbe dirsi delle emorragie in genere e della emottisi in ispecie; ma vuolsi osservare che gli emottoici sono d'ordinario già tubercolosi e che nel sangue degli emottoici esistono già frequentissimamente i bacilli del Koch. In fine sono studiati i rapporti delle malattie flogistiche comuni colla tubercolosi e si espone come e perchè queste possono esser causa occasionale della tubercolosi.

Chiude il lavoro con un riassunto in cui l'Autore fa notare quanto grandi siano stati i progressi fatti in questi ultimi tempi dalla scienza su questa etiologia. Non disconosce però che la dottrina sulla etiologia della tubercolosi presenta ancora delle lacune; ma queste non possono più avere il valore di vere obbiezioni, tutto al più esse costituiscono, come osserva il Bizzozero « dei punti oscuri, di cui, per maggiore illustrazione della teoria si può desiderare, ma non richiedere « la spiegazione. »

VARIETÀ

La laurea in medicina.

Lettere dei professori CESARE TARUFFI *e* ALFONSO CORRADI (1).

I.

Carissimo amico. — Sapendo quanto vi stia a cuore il miglioramento nelle regole che governano le nostre scuole, affinchè esse pure concorrano a renderle floride, v' invito a prendere in considerazione il modo con cui ora si compie l'esame di laurea, ed i risultati che si ottengono. E per eccitarvi ad esporre le vostre idee, vi do il buon esempio, comunicandovi in breve le mie impressioni.

Fino dal primo giorno (25 anni or sono), che mi toccò l'ingrato ufficio di esaminatore, mi vi sobbarcai, persuaso di dovere, insieme coi miei colleghi, tutelare la società e difenderla dai medici incapaci.

Ma, quando si trattava della laurea, non giunsi mai a comprendere come si pretendesse da ogni alunno una tesi, sopra un argomento dato dalla Facoltà, scritta in poche ore, senza sussidio di libri, sapendo che pochi, per non dire nessuno, erano in condizione di fare un lavoro sufficiente; sicchè non mi maravigliavo se si adoperavano, come in passato, tutti gli espedienti per eludere la legge.

Tali espedienti però erano troppo palesi per sfuggire all' occhio dei Tutori del pubblico insegnamento, e furono causa che si ordinasse un rimedio, forse sproporzionato al male, in quanto che venne soppresso per tutti gli allievi indistintamente non solo la tesi, ma ben anche l'esame generale. Questa nuova disposizione aveva peraltro il vantaggio di non distrarre i giovani dagli studii pratici, più non essendo preoccupati da un lavoro di lunga lena.

Ma anche questo nuovo assetto non piacque ad alcuni, poichè così mancava lo stimolo allo studio dei principii e della cultura generale, e quindi essi fecero voti per tornare sostanzialmente alle leggi antecedenti. Il governo esaudì codesti voti, colla differenza dall' antico sistema, che l'argomento della tesi e quello delle altre domande furono lasciate libere al candidato, e così pure il tempo da impiegarsi per redigere le medesime, onde evitare gl' inconvenienti ricordati in precedenza.

Questo nuovo metodo già funziona da un biennio e ciascheduno ne può

(1) « Gazzetta degli Ospedali » 1884, N. 95 e 103.

giudicare i risultati. Per parte nostra confesseremo tosto che siamo stati assai poco soddisfatti, poichè, tolte rare eccezioni, le tesi non erano che indigeste compilazioni di Manuali i più volgari, oppure storie d'infermi senza quel corredo di ricerche, che richiedeva l'argomento. E poi l'esame orale non forniva alcuna prova nè della profondità delle vedute, nè della estensione delle cognizioni possedute dal candidato, stabilendo esso stesso gli argomenti sui quali dovevano aggirarsi le interrogazioni.

Se con tutto questo le prove riescirono sterili, noi, in luogo di attribuirne la colpa ai giovani, riteniamo che ciò provenne dal metodo stesso; poichè non si può pretendere che tutti siano capaci d'architettare e sviluppare una dissertazione, e anche da quelli, che per avventura lo fossero, non si può pretendere che conoscano nei suoi particolari lo stato della scienza intorno l'argomento preferito, e sappiano adoperare i processi d'esame con quella educazione critica, che l'argomento stesso esige. Ora tuttociò non s'impara nelle scuole, bensì frequentando lungamente i laboratori ed i corsi speciali di semeiotica. E invero le poche tesi ben fatte furono il frutto di lavori eseguiti coll'indirizzo e colla sorveglianza dei maestri.

Considerando questa circostanza, ne conseguirebbe che, per rialzare il valore dell'esame di laurea, si dovessero obbligare i giovani a frequentare uno o più Istituti scientifici. Se non che allora s'incontra un inconveniente maggiore, e cioè che i giovani sarebbero costretti di trascurare una o più scuole pratiche (vedi gli orarii); per cui il rimedio nuocerebbe grandemente al fine principale dell'istruzione, il quale si è di fornire la società di Medici idonei al loro ufficio.

Per non deviare dunque dal fine dell'insegnamento, non bisogna distrarre gli studenti, durante i *sei* anni, dalle scuole prestabilite, ed in luogo di pretendere dei lavori superiori alle loro forze, s'esiga il maggior corredo di cognizioni esatte, avanti di concedere la laurea del libero esercizio. Se poi alcuni aspirano a mostrare il loro valore scientifico ed acquistarsi un titolo maggiore rispetto agli altri esercenti, sia loro concesso di chiedere la laurea in scienze mediche (almeno un anno dopo aver conseguita la libera pratica), difendendo una tesi stampata ed alcune altre proposizioni di medicina.

Questa riforma, che noi proponiamo, potrà sembrare ad alcuni una superflua ed anzi dannosa novità, dividendo i medici in due gradi, per cui un gran numero sarebbe vulnerato nel proprio decoro. Quest'obbiezione non ha però un gran valore, se si consideri che non si distinguono gli esercenti in due gradi, rimanendo tutti eguali, ma soltanto gli esercenti, senza titolo scientifico, da quelli che hanno faticato per acquistarlo. E che tale novità non possa portar danno, si ha già la prova nel fatto, che i liberi-docenti (chiamati professori) non hanno recato alcun detrimento ai medici pratici.

Tale riforma finalmente non può dirsi una novità, perchè oltre all'es-

sere adottata, con alcune varianti, da altre nazioni, funziona mirabilmente anche presso di noi, senza che sia mai sorto un dualismo disaggradevole. Difatti, fra gli allievi delle scuole matematiche molti si contentano del diploma d'ingegneri, alcuni invece aspirano alla laurea nelle scienze del calcolo e niuno richiede che tutti gli ingegneri siano laureati. Noi poi principiamo ad aver fiducia che la stessa riforma possa essere accolta favorevolmente ovunque, avendo già veduto che fu adottata, a voti unanimi, dalla facoltà medica di Bologna.

Ora che vi ho esposto, con la maggiore semplicità e brevità, di cui ero capace, non tanto le mie idee, quanto quelle dei miei colleghi, aspetto da voi le vostre considerazioni, che spero altrettanto semplici e brevi, perchè non corrano il pericolo, in questi tempi di fretta, che alcuni piantino la lettura a metà, in luogo di ponderare le cose assennate che sarete per esporre.

C. Taruffi.

Bologna, 10 novembre 1884.

II.

Carissimo Amico. — Sotto la forma assai modesta di *appendice* ad una Gazzetta medica, e prendendo di mira un punto solo delle discipline che governano le nostre Università, voi sollevate una grossa quistione, la quale dal campo puramente didattico si protende nell'altro dell'esercizio della medicina e quindi nel dominio della medica polizia.

E per vero voi non vi limitate a condannare in modo assoluto la dissertazione, quale oggi è, come prova del valore del candidato nell'esame di laurea, ma addirittura proponete due categorie o gradi di medici: gli uni con la laurea, gli altri senza: *semplici medici* o *pratici* questi, *dottori* quelli. Dico così io, interpretando piuttosto il vostro pensiero, che seguendo le vostre parole; le quali farebbero credere voler voi due lauree: la *pratica* e la *scientifica*, quando in verità mi penso non vogliate che quest'ultima, riserbando ai meri pratici la *patente di esercizio.*

Ciascuno è figlio, si dice, del proprio tempo, e però, *a fortiori*, della scuola cui si educava: la vostra proposta rinnoverebbe le disposizioni delle antiche nostre Università, e delle pontificie in ispecie, le quali non solo distinguevano la laurea medica e la chirurgica, ma l'una e l'altra dalla *libera pratica*, che non ottenevasi se non dopo quella, trascorsi due anni e in seguito di speciale esame.

Que'nostri vecchi reputavano più arduo il rendersi abili all'esercizio dell'arte, che l'erudirsi nella scienza pura, o per lo meno da uomini esperti nei negozi consideravano che, essendo maggiori e ben più gravi i pericoli da parte della pratica manchevole o sbagliata, che da parte della teorica fallace, per quella occorrevano maggiori guarentigie. Uno de'nostri Santi Padri, il fondatore, può dirsi, dell'anatomia patologica, Antonio Benivieni, si lamentava già che andassero a curare malati me-

dici *philosophiae* (intendi sofisticherie metafisiche) *magis quam medicae artis periti*. Voi rovesciate la cosa, e mettete le piante dove altri teneva la testa; ma nulla v'ha da invertire, perchè proprio non è quistione di capo o di coda: e di fatto cos'è la pratica senza dottrina, e può mai darsi una medicina teoretica o speculativa quand'oggi più che mai forte gridiamo che la medicina sta tutta nell'osservazione e nell'esperimento? Laonde io non so vedere come oggi deliberatamente si potesse ammettere medici esercenti *senza scienza* (perchè così significherebbe quel *senza titolo scientifico*), dopo che tanta fatica abbiamo durato per levarci d'attorno i flebotomi ed i chirurghi minori, che erano presso a poco gli *ufficiali di sanità francesi*, certo di non buona memoria. Io temerei, seguendo per forza di logica la proposta, di ricadere nel medio evo, dove il chirurgo finiva per essere un manuale e il medico uno scribacchiatore di ricette.

Ma voi dite: abbiansi il titolo di *dottore coloro che hanno faticato per acquistarlo*, e quale sarebbe questa fatica? Preparare una tesi, stamparla e difenderla insieme con alcune altre proposizioni di medicina, *almeno un anno dopo aver conseguita la libera pratica*. Pare a voi che la prova sarebbe sufficiente per elevare una classe suprema di medici? Ripensateci e vi persuaderete che troppo a buon patto s'acquisterebbe il primato, il quale del resto non è il serto dottorale che lo dia, siccome non lo dà il titolo di Professore, sia esso legalmente conseguito, o per compiacente consuetudine conceduto, ovvero per artificio usurpato e con impavida baldanza sostenuto. Il pubblico vuole qualche cosa di più che nomi e qualificazioni, e così istintivamente sente che l'importanza della medicina sta nel fine pratico, da abbandonarsi confidentemente, e troppo confidentemente, a chi crede meglio possa adempiere a tale ufficio, poco curandosi donde esso venga e se abbia o no i sacramenti dell'Università. Guarire e guarir bene: *hoc porro unum est necessarium;* come poi, al popolo poco cale. E così la vostra proposta (quantunque le mille miglia lontana, sono io il primo a dirlo, dall'intenzione) finirebbe per ribadire il volgo nella storta persuasione che la pratica possa fare da sè, ed anzi precorrere la teoria; la quale si lascia in disparte perchè a suo bell'agio possa almanaccare baloccandosi coi suoi crogiuoli e con le sue lenti. Dirò di più che la vostra proposta nella sostanza è già in atto: ed in vero perchè tanta ressa nel conseguire la *libera docenza*, quantunque, avuta che siasi, non la si metta ad effetto? Appunto per aggiungere un titolo, il quale pur troppo è già scadente, quand'anche sia per taluno fruttifero. A voi sembra che la distinzione dei medici laureati e non laureati risponda a quella degl'ingegneri e dei dottori in matematica; ma il confronto non calza bene, perchè gli studi degli uni, sebbene comuni dapprima, finiscono per esser diversi da quelli degli altri; e il dottore in matematica, non ostante la laurea, non potrebbe fare *legalmente* quanto fa l'ingegnere. Piuttosto sarebbero da paragonare i farmacisti con solo

diploma e i laureati in farmacia; ma guardate un po' che differenza v'ha fra i primi e i secondi : per questi occorre la licenza liceale, per gli altri no; il corso per conseguire il semplice diploma di farmacista dura quattr'anni, cinque invece quello che deve condurre alla laurea.

In Francia pure, due anni fa, sorse idea consimile alla vostra, e dallo stesso Ministero della Pubblica Istruzione venne domandato alle Facoltà, alle Scuole di Medicina ed ai Consigli Accademici, se stimavano conveniente d'instituire *le doctorat ès sciences médicales*, come grado superiore al *dottorato in medicina*, che supporrebbe, *des connaissances plus complètes et plus scientifiques, des études plus personnelles et plus originales* (Circulaire du 30 octobre 1882). Pressochè tutte le Facoltà risposero negativamente, e del pari la maggior parte de'giornali medici fecero poco buon viso alla proposta, o vivamente la combatterono: tra gli scarsi fautori v' ha la *Gazette médicale de Paris*, alla quale pareva che la nuova istituzione avrebbe avuto questo di buono, di incoraggiare le ricerche scientifiche *en favorisant et stimulant l'esprit d'initiative des travailleurs* (A. 1882, p. 558). Ma poi, ripensandoci sopra, l'egregio Direttore di quel riputato Giornale, il dottor Ranse, trovava che l'effettuazione non era sì semplice come a prima vista potevasi credere: che il nuovo dottorato dovrebbe essere un titolo puramente scientifico, e quindi chiamarsi non *doctorat ès sciences médicales*, bensì *ès sciences biologiques;* titolo quanto onorifico altrettanto difficile ad aversi per le molte e ardue prove che bisognerebbe superare, e ciò al fine di renderlo inaccessibile a chi non abbia fatto studi seri. In ogni modo poi la *création de ce doctorat est inséparable d'autres reformes, plus urgentes encore, dans l'organisation de notre enseignement médical* (p. 640). Ciò che dicesi della Francia possiamo dire dell'Italia; e ben mi meraviglio come lo scrittore francese, conchiudendo che il nuovo dottorato non sarebbe alla fin fine se non il conferimento d'un *diploma speciale*, non siasi accorto che meglio di questo e di tutti gli esami valgono ad attestare il valore del tale o tal'altro nell'anatomia, nella fisiologia, ecc., le cose fatte, le opere pubblicate.

Ma se io mi discosto da voi per una parte, ho il piacere di trovarmi pienamente d'accordo allorquando fate osservare che, una buona dissertazione non può farsi senza sufficiente preparazione e quindi senza quell'agio che certamente non può avere il giovane obbligato a frequentare le scuole e a prepararsi agli esami speciali. Noi qui siamo di ciò tanto persuasi che tutte le Facoltà hanno proposto, e il Consiglio Accademico ha confermato, che fra l'ultimo esame speciale e l' esame di laurea debbano almeno intercedere tre mesi. Il qual tempo parrà troppo breve a voi che vorreste non meno di un anno: ed io e, credo, molti de'miei colleghi vi seguiremmo se non temessimo di soverchiamente allungare il corso andando fino a sette anni. Sembrami per altro si possa superare la grave difficoltà riducendo in un solo anno le materie che

ora sono divise nel primo biennio, materie tutte o pressochè tutte propedeutiche, anzichè veramente costitutive dell'insegnamento medico; la qual cosa sarebbe tanto più agevole a farsi se le lezioni di fisica, di chimica e di scienze naturali fossero date con lo speciale intendimento di servire a chi si dedica agli studi medici, anzichè essere comuni con gli altri che di proposito vogliono studiare fisica, chimica, botanica, zoologia e via dicendo.

Per tal modo i corsi medici non durerebbero che cinque anni; il sesto anno servirebbe (richiamando in vita l'antica disposizione per gli esami di *rigore* nelle Università lombardo-venete) a prepararsi, col frequentare questa o quella clinica, l'uno o l'altro laboratorio, all'esame di laurea, pel quale sarebbe da vedere se qualche maggior esperimento, oltre la presentazione della dissertazione e la difesa di alcune tesi, sia necessario, ovvero altre e più serie prove a quelle ora in vigore siano da sostituire. Forse sarebbe il caso di conferire diplomi speciali d'ostetricia, oculistica, ecc.), a chi si sottoponesse per ciò a particolari cimenti, in aggiunta a quelli voluti per la laurea generale. E quando si prescrivesse che, soggetto della dissertazione deve essere qualche fatto di osservazione o di esperimento, chiuderebbesi per molta parte l'adito alle vacue generalità, alle indigeste compilazioni. Sia pure una storia di una malattia, ma quando questa fosse esposta accuratamente con tutto il corredo di analisi e di critica che oggi giustamente si vuole, sembrami che il candidato non avrebbe fatto poco, essendo che il lavoro, sebbene in sè modesto, acquisterebbe valore non piccolo andando a riunirsi ad altri consimili, per formare un prezioso materiale da cui il maestro od altra mente poderosa potrebbe trarre quelle deduzioni, che ciascuna delle parti non avrebbe potuto fornire, o soltanto far intravedere.

Se non che io debbo fermarmi, non solamente per obbedire a voi, che m'imponete d'esser breve, ma anche perchè andando innanzi, sarei tratto a dire di altre riforme che la esperienza di 25 anni (tanti sono oggi per l'appunto, buon amico) m'avrebbe mostrato utile d'apportare nell'insegnamento medico. Il poco che ho detto è bastevole per mostrarvi come male io non mi sia apposto nel dire, fin da principio, che voi sotto sembianza di lieve modificazione facilmente attuabile, suscitavate una grossa quistione, la quale è tutt'altro che agevole a risolversi, nè mai la si potrebbe risolvere che per effetto di legge: ed ora chi mai si sente animo di toccare la legge della pubblica istruzione tanto sostanzialmente da rinnovarla come avrebbe bisogno? Ella deve apparire immacolata, sebbene i regolamenti, i decreti, le circolari, le interne interpretazioni la violino, la profanino; è una Regina Elisabetta, vergine ognora, pur indulgendo alle premurose sollecitazioni dei favoriti; voi, baldo tuttora, quantunque non più giovinotto, siate pure di questi: potete correre l'arringo, perchè infine per male che vada non sarà mai la triste sorte del povero Conte d'Essex. Se volete che vi

tenga bordone, eccomi qua, ma a patto che mi lasciate salutare Dottore anche il meschino *travet*, che va a curare in Maremma o in Val d'Aosta: badate che il povero condotto non è soltanto un *medicatore*, ma è un ufficiale della sanità pubblica; dalla sua diligenza, dalla sua oculatezza può dipendere che un'epidemia irrompa o no, e così l'incolumità d'un popolo è nelle sue mani. Adoperiamoci poi tutti, cui incombe d'istruire, affinchè l'occhio della mente guidi il braccio nella nobile missione; e se, pur di avere assicurata la pubblica salute, occorresse di aggiungere altro titolo a quello già per antichità rispettabile, aggiungiamolo senz'altro: chi mai negò, diremo col nostro grande Re, uno zigaro od una croce di cavaliere ad un galantuomo?

Non so quante righe abbia scritto, e se mi sia tenuto entro i cancelli da voi prefissi: se ne fossi uscito, condonate la licenza al piacere che provo intrattenendomi con gli amici, dei quali voi siete uno de'più cordiali. A. CORRADI.

Pavia, 4 dicembre 1884.

Le ultime Ordinanze di Sanità Marittima contro il colera. — Ben vorremmo fossero le ultime davvero, non solamente dell'anno ma della serie, nella quale hanno i numeri 44, 45 e 46.

La prima è del 14 dicembre e riguarda le eccezionali condizioni in cui trovasi il piroscafo *Matteo Bruzzo* per l'epidemia colerica avuta al suo bordo.

Visto pertanto che la manifestazione del colera verificatasi con intensità in taluni comuni attigui ai principali lazzaretti consigliava al Governo di ricorrere pel temporaneo sequestro dei passeggeri, che sarebbero sbarcati dal piroscafo *Matteo Bruzzo* ad un provvedimento straordinario ed eccezionale che risparmiasse alle popolazioni nuovi allarmi o calamità.

Presi i debiti concerti col Ministero della Marina, l'altro degli Affari interni decretava:

Art 1.° Il piroscafo *Matteo Bruzzo*, originario da Genova e respinto da Buenos-Ayres per le sue condizioni sanitarie, dovrà sbarcare i passeggeri e l'equipaggio che ha al suo bordo a scontare una quarantena di 30 giorni nell'isola di Pianosa, a tal fine costituita in isolamento contumaciale sotto gli ordini di un direttore di lazzaretto e col personale sanitario occorrente.

Art. 2.° Ivi dovranno essere sbarcati unitamente alle persone tutti gli effetti d'uso e quelli letterecci. Questi ultimi dovranno essere bruciati in un punto remoto dell'isola assieme a quella parte del vestiario giudicata dai sanitari non suscettibile di disinfezione.

Art. 3.° Eseguito lo sbarco, il detto piroscafo dovrà rifornire il suo equipaggio con personale della marina militare, che gli sarà concesso ed avviarsi a prendere ancoraggio all'isola di Giannutri nella insena-

tura dello spalmatojo dove sconterà 30 giorni di quarantena sotto gli ordini di un medico militare imbarcatovi con due infermieri per disporre e far eseguire la rigorosa disinfezione, ventilazione e sciorino del bastimento e del carico.

Il direttore del lazzaretto del Varignano, cui è affidato il servizio contumaciale in Pianosa, il medico militare destinato ad imbarcarsi sul piroscafo *Matteo Brusso*, i comandanti dei regi legni *Colonna* e *Marittimo* incaricati della sorveglianza del piroscafo stesso, sono incaricati ciascuno per la parte di loro competenza dell'esecuzione della presente ordinanza.

Le due altre ordinanze del 17 dicembre accertavano ufficialmente che il colera era interamente cessato in Yport ed in tutta la Normandia, non che in tutte le città marittime del litorale continentale francese sul Mediterraneo; e però le navi che di là partissero avendo patente netta e traversata incolume verranno ammesse in pratica, previa visita medica, in qualunque punto del Regno, salvo che alle isole di Sicilia, di Sardegna e adiacenti. Restano per altro fermi il trattamento contumaciali relativi alle provenienze dell'Algeria.

Finalmente *perdurando soddisfacenti le condizioni sanitarie in tutto il Regno* venne decretato che a partire dal 20 del suddetto mese di dicembre « saranno ricevute in libera pratica nelle isole di Sicilia, Sardegna ed adiacenti le navi provenienti da tutto il rimanente litorale del Regno con traversata incolume. » In pari tempo ordinavasi che debbano cessare in dette isole i trattamenti sanitarii speciali che vi erano mantenuti in vigore per le provenienze estere, e vi siano attivate le stesse misure contumaciali al presente esistenti nel resto del litorale del Regno. (*Gazz. Ufficiale* del 19 dicembre 1884, N. 312).

Da ultimo è stato ordinato che, incominciando dal 28 dicembre, di ricevere in pratica le navi provenienti con patente netta e traversata incolume da tutti i porti, scali non egiziani situati al di là del Canale di Suez quando, previa visita medica siano riconosciute in istato di incolumità. Per altro fino a nuovo ordine è mantenuto in vigore il divieto di importazione da quelle provenienze per gli stracci, i cenci e gli abiti vecchi non lavati.

Il Governo imperiale di Pietroburgo ha pure revocato tutte le misure quarantenarie che aveva ordinato per preservare la Russia dal colera, e soltanto ha mantenuto il divieto d'importazione di qualsiasi specie di stracci di biancherie non lavate e di abiti usati.

Il Governatore generale dell'Algeria ha revocato le quarantene dalle provenienze italiane per il porto d'Orano e l'ha ridotta da giorni 7 a giorni 3 per gli altri porti del litorale algerino.

Più rigido invece il governo del Portogallo ha disposto sì l'ammissione delle provenienze dall'Italia previa un'osservazione di 5 giorni (ridotta a 3 per le provenienze dalla Sardegna e dalla Sicilia), ma per

le provenienze da Napoli *ha mantenuto la quarantena di rigore*. (*Gazz. uffic.*, N. 314, 319).

Studj intorno al colera. — La R. Società Italiana d'Igiene si propone di fare uno studio sulla epidemia di Colèra, che nei mesi scorsi colpiva tanta parte d'Italia, principalmente dal punto di vista dei provvedimenti di pubblica igiene che furono presi in quella triste occasione.

A tal fine la Società terrà in Milano alcune adunanze nel prossimo gennajo, ne' giorni e nelle ore che successivamente verranno indicate. Frattanto chiunque abbia dirette informazioni per propria esperienza od osservazione, od altre sicure notizie che possano servire all'uopo, è pregato di trasmetterle alla Presidenza della Società medesima (Milano, Via Sant'Andrea, N. 18), affinchè valgano come documenti alla relazione che in quelle adunanze verrà presentata.

Programma dei concorsi ai premj proposti dalla R. Accademia di Medicina di Torino.

7.° Premio Riberi di Lire 20,000.

Tema. — « Ricerche embriologiche con particolare riguardo all'ana-« tomia, fisiologia e patologia dell'uomo. »

Le condizioni del concorso sono le seguenti:

1.° Sono ammessi al concorso i lavori stampati o manoscritti dettati in lingua italiana, francese o latina.

2.° I lavori stampati devono essere editi dopo il 1881 e saranno inviati in doppio esemplare all'Accademia, franco di porto.

3.° I manoscritti devono essere in carattere intelligibile e rimarranno proprietà dell'Accademia, essendo data facoltà all'Autore di farne estrarre delle copie a proprie spese.

4.° Qualora l'Accademia aggiudichi il premio ad un lavoro manoscritto, questo dovrà essere reso di pubblica ragione dall'Autore prima di ricevere l'ammontare del premio, ed inviarne due copie all'Accademia.

5.° Il tempo utile per la presentazione delle Memorie scade col 31 dicembre 1886.

2.° Premio Bonacossa di Lire 600.

Tema. — « Quale scopo devono avere i pubblici Manicomi presso i « popoli civili, e quali uffizii possono competere ai Medici nella dire-« zione di essi.

« Indicare i differenti fini dei Manicomi; far conoscere le condizioni « materiali e morali di quelli d'Italia, estendendo, se vuolsi, tali notizie

« ad Istituti di paesi stranieri, lo che a parità di merito per gli altri « riguardi, contribuirà a rendere maggiormente pregievoli gli scritti « dei concorrenti. »

1.° I lavori manoscritti, o stampati, dovranno essere presentati all'Accademia con tutto il 31 dicembre 1884.

2.° Saranno dettati in lingua italiana, latina o francese, e rimarranno proprietà dell'Accademia, data facoltà agli Autori dei manoscritti di farne prendere copia a loro spese.

4.° Premio della Fondazione Tosi di L. 600.

È aperto un concorso sul tema seguente:

« Accrescimento normale o patologico delle ossa. »

1.° I lavori, stampati o manoscritti, non dovranno avere una data anteriore al luglio 1882, e dovranno essere presentati entro l'anno 1884.

2.° Saranno dettati in lingua italiana, latina o francese, e rimarranno proprietà dell'Accademia, data facoltà agli Autori dei manoscritti di farne prendere copia a loro spese.

La velocità dei treni ferroviari. — Da un notevole studio sulla velocità delle ferrovie in Germania ed in Inghilterra togliamo i seguenti dati, in rapporto colla velocità delle ferrovie nazionali, che possono pure avere un'importanza per l'igiene.

Le ferrovie inglesi, come tutti sanno, sono le ferrovie più celeri del vecchio mondo.

I treni delle London-Exter (*Great-Western*) percorrono chilometri 73,700 per ora nell'andata e soli chilometri 73,400 nel ritorno.

Più celeri corrono i treni della *Great-Northern* sulla London-York: chilometri 77.200 per ora.

La linea London-Manchester dello stesso gruppo e corsa de'treni colla velocità media di soli chilometri 72.600 all'ora nell'andata e chilometri 72.900 nel ritorno.

Seguono a poco distanza, i treni della London-Birkenesd (*Great-Western*), con una velocità all'ora di chilometri 71,590; i treni della London-Preston (*North-Western*) con una velocità di chilometri 69,600 e finalmente i treni della London-Leeds (*Midland*) colla velocità di chilometri 65,600.

Velocità media chilometri 72,030.

Sulle ferrovie tedesche la velocità dei treni diretti varia da un *maximum* di chilometri 60.700 all'ora, sulla Berlin-Minden, ad un *minimum* di chilometri 49.100 sulla linea Stuttgart-Simbach.

Velocità media chilometri 61.600.

In Italia velocità *massima* dei nostri diretti: chilometri 55.660 per

ora (linea Genova-Luino); velocità *minima* chilometri 36.650 (linea Firenze, Bologna, Torino).

Velocità media, chilometri 44.400. (*Gazzetta Ufficiale*, 11 dicembre 1884, N. 305, pag. 5620).

Benemeriti della pubblica salute. — Vennero insigniti della medaglia d'oro, siccome benemeritissimi della pubblica salute durante l'epidemia colerica, da cui oggi per buona ventura usciamo con maggiore desiderio che speranza di non rientrarci, i seguenti personaggi:

S. A. R. il Principe Amedeo Duca d'Aosta;

S. E. il Cardinale Guglielmo Sanfelice, Arcivescovo di Napoli;

Conte Alfonso Sanseverino Vimercati, Senatore del Regno e Prefetto della Provincia di Napoli;

Commendatore avvocato Nicola Amore, Sindaco di Napoli.

Gaetano Del Pezzo, Marchese di Campodisola, Vice-Sindaco in Napoli;

Marchese Ferdinando di San Marco, Vice-Sindaco in Napoli;

Commendatore Prof. Giuseppe Buonomo Deputato al Parlamento Nazionale;

Rocco De Zerbi, pubblicista e Deputato al Parlamento Nazionale;

Cavaliere Marziale Capo, Deputato al Parlamento Nazionale;

Cavaliere Raffaele De Nobili, facente funzione di Sindaco del Comune di Spezia (1);

Cavaliere Teodosio De Bonis, Assessore Municipale di Napoli;

Signor Matteo Schilizzi.

Dono cospicuo. — Il signor Wanderbilt, il quale è uno dei più ricchi uomini del mondo, donò la bella somma di 500,000 dollari (due milioni e mezzo di franchi) al Collegio medico-chirurgico di Nuova York affinchè la impieghi nella costruzione di un edificio per proprio uso. (Dalla *Gazzetta Ufficiale*, del 19 novembre 1884, N. 287, pagina 5275).

Annunzj di libri.

Gellé M. E. Précis des maladies de l'oreille. Comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, la prothèse, l'hygiène, la médecine légale, la surdité et la surdi-mutité et les maladies du pharynx et des fosses nasales. Paris, Baillière, 1884.

Chapin A. Harris, Ph. H. Austen et E. Andrieu. Traité théorique et

(1) La medaglia sarà consegnata alla famiglia del defunto De Nobili.

pratique de l'art du dentiste. Comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, la chirurgie, la prothèse, l'hygiène et un formulaire des maladies de la bouche et des dents, 2.ª edit. Ivi.

Hérand A. Nouveau dictionnaire des plantes médicinales description, habitat et culture, récolte, conservation, partie usitée, composition chimique, formes pharmaceutiques et doses action physiologique, usages dans le traitement des maladies. Précédé d'une Étude générale sur les plantes médicinales au point de vue botanique, pharmaceutique et médical, avec une clef dichotomique, tableau des propriétés médicinales et Mémorial thérapeutique, 2.ª edit. Ivi.

Gautier L. Les champignons considérés dans leurs rapports avec la médecine, l'hygiène publique at privée, l'agriculture et l'industrie et description des principales espèces comestibles, suspectes et vénéneuses de la France. Ivi.

Du Claux. La chronique de l'hygiène en 1883, avec une préface de *Francisque Sarcey.*

Collineau A. La gymnastique. Notions physiologiques et pédagogiques, applications hygiéniques et médicales.

Coriveaud A. Le lendemain du mariage. Étude d'hygiène.

Gautier A. La sophistication des vins. Méthodes analytiques et procédés pour reconnaitre les fraudes. 3.ª edit.

De Saint-Germain. Chirurgie orthopédique. Thérapeutique des difformités congénitales ou acquises. Leçons cliniques professées a l'hopital des enfants-malades.

D'Espine et *Picot.* Manuel pratiques des maladies de l'enfance. 3.ª ed.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RASSEGNA MEDICO-CHIRURGICA

BIBLIOGRAFIA

VARIETÀ.

RASSEGNA DEGLI ULTIMI E PIÙ IMPORTANTI STUDJ

SULLA CURA DEL COLERA

FATTA DAL DOTTOR

ANGELO RIZZI

Volendo riassumere le principali proposte che sono state fatte infino ad oggi per la cura del choléra, ho preso a guida il lavoro che il dottore Lereboullet ha pubblicato nel *Bulletin général de thérapeutique* del 30 settembre e del 15 ottobre 1884, e vi ho aggiunto tutte quelle notizie alle quali l'Autore non accenna, ma che per l'importanza loro meritano di essere ricordate.

S'egli è relativamente facile il riassumere quello che si conosce intorno alla genesi del coléra ed alle misure d'igiene e di profilassi che possono impedirne la propagazione, è però molto più malagevole l'indicare una cura razionale per combattere il male. Analogo, sotto certi punti di vista, alle malattie infettive, come la febbre tifoide e la dissentéria, contro le quali si è cercato invano un rimedio specifico, il coléra ne differisce per una sintomatologia che varia assai secondo l'intensità dell'attacco ed il periodo nel quale è d'uopo intervenire. Spesso quasi identico, ne' suoi sintomi esterni a varie affezioni che hanno lor punto di partenza nella cavità addominale e che determinano l'algore ed il collasso dopo avere impressionato il plesso solare, non può tuttavia essere trattato nè come una peritonite o uno strozzamento interno, neppure, benchè spesso si sia tentato di farlo, come una febbre perniciosa algida. L'algore, nella malattia che ci occupa, non è che un sintoma la cui patogenesi tuttora oscura non rischiara molto la terapeutica; e se bisogna tener conto delle analogie che parrebbero esistere fra le diverse malattie, caratterizzate ad un certo periodo della loro evoluzione dal raffreddamento periferico, per tentare di comprenderne la fisiologia patologica, sarebbe imprudente il fidarsi a queste analogie sintomatiche per tentare nel coléra una cura che miri alla causa patogenica della febbre perniciosa anzichè a' suoi sintomi principali.

Queste riflessioni ci sono dettate dalla lettura di alcuni lavori che abbiamo ricevuto e che non possiamo inserire testualmente. Nel redigerli e nell'esporli per motivare le loro conclusioni tratte da un pic-

colo numero di osservazioni interessantissime è vero ma poco convincenti, questi medici ci pare che abbiano dimenticato che le cure specifiche da loro raccomandate erano già state spesso tentate e, che, come si può convincersene leggendo i lavori speciali che sono stati fatti sull'argomento, non avevano dato che risultati affatto mediocri. Ecco che il solfato di chinina preconizzato dal dott. Armand ha sempre fallito allo scopo, qualunque fossero le dosi in cui è stato prescritto ed amministrato: per pozioni, per clisteri o per iniezioni ipodermiche. Lo stesso è accaduto di ogni cura esclusiva che, non appoggiandosi che su un concetto patologico molto ipotetico e contestabile della malattia, non tien conto nè delle sue modalità cliniche nè del terreno sul quale essa si svolge.

Vuol forse ciò dire che noi ci rifiutiamo ad ammettere che si possa trovare uno specifico, e che condanniamo a priori tutti i tentativi fatti allo scopo di trattare il coléra come una malattia parassitaria? Il nostro avviso non è punto tale; noi indicheremo anche su qual via ci sembra utile proseguire le ricerche di questo genere; ma sfortunatamente, se si vuol esporre chiaramente quello che è stato fatto fino ad oggi e indicare quello che ciascun medico deve tentare per curare i colerosi, è ancora indispensabile cominciare dal porsi sotto il punto di vista clinico, cioè enumerare, a seconda dei casi che possono presentarsi, le cure sintomatiche più efficaci.

Da questo punto di vista noi divideremo la malattia in tre periodi. Nel primo, o *stadio prodromico* il malato non ha che diarrea somigliante a decozione di riso, con o senza vomiti, ambascia precordiale, dolore epigastrico, insonnia, vertigine, contrazioni muscolari, polso piccolo e celere, fisionomia alterata, voce velata. Nel secondo stadio, o *stadio algido*, questi sintomi si aggravano ed aumentano, mentre i vomiti e la diarrea si fanno più intense e frequenti, il polso diventa filiforme, poi scompare; le secrezioni, sopratutto l'orinaria, si fermano, la temperatura periferica si abbassa progressivamente; la pelle si copre di un sudore freddo, viscoso; conserva l'impronta delle dita, è cianotica alle estremità; la lingua è ghiacciata; la respirazione è stentata ed affannosa; la voce si estingue; la mente rimane lucida quantunque torpida. Se la morte non sopravviene a questo punto, il *terzo stadio* detto *di reazione* si caratterizza per la scomparsa graduale dei fenomeni di algore, per il ritorno del calore periferico, per l'apparizione dei sudori e lo stabilirsi della convalescenza; oppure esso dà origine ad alternative di calore e di freddo con *stato asfittico*, indebolimento gradatamente progressivo, e congestioni multiple, o ancora con *stato tifoso atassico-adinamico* talvolta accompagnato da estrema debolezza con sonnolenza e stato comatoso, talvolta susseguito da tutti i sintomi che caratterizzano lo *stato meningitico*. La morte è spesso il risultato di queste reazioni incomplete o sórpassanti lo scopo. Importa dunque combatterle con altrettanta cura che il periodo iniziale o periodo al-

gido. Vediamo ora i medicamenti che noi possiamo opporre a questi tre stadi di una stessa malattia.

1.° *Stadio prodromico.* — In tutte le epidemie coleriche, allorchè il coléra infierisce in una località, spesso anche prima della sua esplosione o avanti la manifestazione di casi considerati come caratteristici, i medici devono curare un gran numero di affezioni diverse solitamente designate coi nomi di *diarrea*, di *colerina*, *coléra sporadico*, *indigestione*, ecc. Sia che si tratti di una sintomatologia morbosa premonitoria, ciò che pare spesso molto contestabile, oppure di accidenti sporadici dovuti al calore, ad imprudenze nell'alimentazione od a qualunque altra causa, poco importa dal punto di vista speciale che abbiamo di mira. Bisogna curare queste saburre gastriche, queste diarree, che sono spesso non premonitorie ma prodromiche. Ora è essenziale a sapersi se i medicamenti che convengono in tempo normale siano applicabili al momento in cui l'epidemia minaccia od infierisce. Come l'ha fatto notare benissimo l'anno scorso il prof. Agostino Fabre (di Marsiglia), una cura inopportuna può favorire il coléra, e d'altra parte la scelta fatta tra due teorie contrarie in apparenza può dar luogo a degli errori di terapia. Se si considera la diarrea come un fenomeno precursore si può ammettere che combattendola cogli astringenti, cogli oppiacei o col bismuto si riuscirà a guarire la malattia; se al contrario si pensa che il coléra è un'intossicazione dovuta ad un microbo, si potrà sostenere che le evacuazioni alvine od i vomiti hanno per iscopo di eliminare il principio morboso e per conseguenza di attenuarne gli effetti. Ma, riguardo a queste due asserzioni teoriche, l'esperimento clinico è venuto a mostrare che i purganti sono quasi sempre nocivi. Sotto tutte le loro forme essi sono stati condannati da Briquet, Chauffard, Gubler, ecc., e Grasset rende perfettamente conto della loro inefficacia ricordando « *che l'effetto generale della cura purgativa è la concentrazione: flussione verso il centro (intestino) e deflussione periferica. Ora nel colèra si deve sempre lottare contro questa concentrazione.* » Resta dunque accertato che in tempo di epidemia colerica, e a più forte ragione quando si avrà a fare con un caso di coléra nel suo primo periodo, bisognerà evitare la cura purgativa. *Tutti i purganti sono contro-indicati.* Un'unica eccezione potrà esser fatta in favore dell'olio di ricino che, al dire del dott. L. d'Almeida Azevedo, può diventare utilissimo quando, ma allora soltanto, che la diarrea è cessata bruscamente sotto l'influenza della cura istituita fin dal principio della malattia.

Essendo contro-indicati i purganti, non è lo stesso degli emetici. Se lo stato saburrale è molto pronunciato, se l'inappetenza è assoluta, se i vomiti e la diarrea paiono dovuti ad un'imbarazzo gastrico, l'ipecaquana alla dose di 1 a 2 gr. può calmare tutti i sintomi, rialzare il polso, arrestare i crampi, migliorare lo stato generale; in una parola può produrre un sollievo manifesto. Bricquet e Fabre che hanno so-

pratutto insistito sull'utilità dell'amministrazione dell'ipecaquana, precisandone nettamente le indicazioni, e M. Grasset che considera l'emetico « *come il tipo del medicamento espansivo,* » raccomandano anche di non prescrivere l'ipecaquana se non quando esista uno stato saburrale pronunciato. Noi aggiungeremo tuttavia che non bisogna ripetere l'amministrazione di questo emetico e sopratutto non associarvi il tartaro stibiato.

Ma vi hanno casi numerosi nei quali non si deve pensare che a combattere la diarrea; e questa diarrea prodromica importa arrestarla al più presto possibile. Come lo fa notare Grasset, la teoria microbica non contro-indica per nulla questo modo di agire: « *Il microbo non è già là come un veleno o come un corpo straniero che basta espellere per guarire l'ammalato. Il microbo ha agito sull'organismo il quale si è ammalato. Attualmente è quest'organismo ammalato che si deve curare considerandolo nella sua unità e spontaneità viventi.* » Un purgante non farà che mantenere le condizioni favorevoli alla riproduzione, alla moltiplicazione del microbo infetto. I medicamenti antidiarroici hanno forse per effetto di impedire questa riproduzione. E, qualunque sia l'ipotesi, resta dimostrato che in un grandissimo numero di casi la medicazione oppiacea è delle più efficaci. (Vedi Nota 1.ª).

La maggior parte dei medici combattono adunque la diarrea coleriforme, cioè il periodo prodromico del coléra, coll'*oppio*, ed in ispecial modo col *laudano*. La polvere di oppio addizionata a calce ha dato dei veri successi ai medici inglesi. Si preferiscono ordinariamente alle polveri ed alle pillole le preparazioni liquide, perchè bisogna agir presto ed usare un medicamento che sia facilmente assorbito: e si associano volentieri al laudano, alle goccie nere inglesi od ai siroppi oppiacei diverse altre sostanze, siano desse eccitanti, come l'alcool l'alcoolato di menta, lo spirito di Minderero, ecc., oppure antispasmodiche, come l'etere, il cloroformio, la valeriana, ecc. Conviene infatti prescrivere non l'*oppio* o il *laudano* puri (che possono essere rigettati dal vomito, e che amministrati ad alte dosi determinerebbero uno stato di eretismo circolatorio troppo accentuato, e potrebbero nel periodo di reazione provocare degli accidenti serii) ma bensì una pozione qualunque il cui risultato potrà essere quello di agire a un tempo sullo stato generale e sull'insieme dei disturbi gastro-enterici che ci sforziamo di modificare.

Gli è perciò che noi non esitiamo a consigliare, qualunque sia del resto la formola che converrà meglio in un caso determinato, quelle associazioni medicamentose che un'esperienza abbastanza lunga ha riconosciuto efficaci. Noi abbiamo già indicato una pozione facile a prepararsi e che contiene, associate al laudano, la tintura eterea di valeriana, l'alcool rettificato o l'alcoolato di melissa e l'essenza di menta inglese. Possiamo affermare che questo preparato è utilissimo nelle diarree di stagione e nelle colerine. In caso di coléra confermato si potrà, per ragioni che indicheremo più lungi, associarvi l'iodoformio e prescriverlo come segue:

Iodoforme		gr.	1,50
Tintura eterea di valeriana		»	10
Laudano del Sydenham	ana	»	6
Alcoolato di melissa			
Essenza di menta inglese		goccie	10

Non filtrare; agitare il recipiente prima di servirsene.

S. Da prendersi 25-30 goccie di questa mistura dopo ciascuna scarica, entro una cucchiaiata di acqua zuccherata.

Noi abbiamo anche detto già che si potevano alternare queste goccie colle goccie di *elisir paregorico.* Ma troviamo nelle varie memorie indirizzateci una serie di formole quasi somiglianti e che bisogna indicare ugualmente. È così che il dott. Desprez (di S. Quintino) raccomanda la pozione seguente:

Cloroformio	gr.	1
Alcool	»	8
Acetato d'ammoniaca	»	10
Acqua	»	110
Siroppo di cloridrato di morfina	»	40

S. Da prendersi una grande cucchiaiata ogni mezz'ora.

Benchè questa pozione sia stata sopratutto prescritta nei casi di colèra algido, essa converrebbe certamente anche sull'esordire allorquando esistano soltanto la diarrea, i vomiti, alcuni crampi ed un po' di raffreddamento periferico.

A Tolone il dott. Cuneo ha avuto buoni risultati dalla pozione seguente:

Etere	gr.	1
Laudano	goccie	15 20
Estratto di ratania	gr.	1
Siroppo di scorze d'arancio amaro	»	30
Acqua di melissa	»	120

Infine, non foss'altro che per dare un esempio delle associazioni medicamentose già tanto vantate e oggigiorno forse un po' troppo neglette che non si trovano più che nelle farmacopee straniere, noi dobbiamo qui citare l'*elisir anticolerico* del quale il dott. d'Almeida Azevedo dice di aver sempre avuto a lodarsi e che dopo l'epidemia di Coimbra nel 1865 è sempre stato raccomandato dal nostro distinto collega.

Cardo benedetto	ana	gr.	12
Radice di angelica			
Assenzio	ana	gr.	8
Calamo aromatico			
Cannella			
Camomilla romana			

Aloe soccotrino	ana	gr.	7
Canfora			
Mirra		»	4
Noce moscata		centigr.	60
Zafferano		»	15
Acquavite		gr	800

Fate macerare per 10 giorni; agitate, poi decantate. Si fanno prendere 6 gr. al giorno di questo elisir in 80 gr. di infuso di tiglio. Si rinnova la dose ogni mezz'ora, aumentandola anche se i sintomi non diminuiscono.

Noi crediamo che non si ritorni più in Francia a formole così complesse, praticabili soltanto negli ospitali. Ci limiteremo dunque ad insistere sull'utilità delle associazioni medicamentose che abbiamo indicate nelle formole precedenti. Ciò che importa di ottenere infatti è l'assorbimento del medicamento e la tolleranza dell'organismo. Se il medicamento non è punto assorbito sarà più nocivo che utile, e qualche volta al momento del periodo di reazione si potranno osservare dei fenomeni di intossicazione dovuti ad un riassorbimento rapidissimo dei medicamenti che avranno soggiornato molte ore nello stomaco. Se il medicamento è rigettato col vomito, non si potrà più ottenere alcun effetto favorevole. Bisogna per conseguenza avere molte formole a propria disposizione, variare il sapore e l'odore del preparato, farlo prendere nell'acqua ghiacciata, nello *champagne* spumante, oppure al contrario, secondo che l'ammalato si adatta meglio alle bevande fredde od alle bevande calde, in infusi di melissa, di menta, di tè nero, di caffè ecc. Può anche essere utile l'associare alle goccie ed alle pozioni qui sopra indicate l'amministrazione di clisteri oppiacei, o con bismuto o con ratania, ecc., e sopratutto di clisteri di vino caldo laudanizzato, dei quali si è servito il dott. Cuneo a Tolone. Si sa quali vantaggiosi risultati si possano trarre dai clisteri di vino di Bordeaux addizionati o no con estratto di ratania, di oppio o di bismuto nelle diarree croniche osservate in soggetti profondamente esauriti. Nei primi periodi del coléra, nello stesso tempo che si prescrivono internamente, il punch, il thè caldo, gli infusi eccitanti, sono pure da raccomandarsi i clisteri col vino caldo, col vino di cannella, ecc. (Vedi Nota 2.ª).

Non dobbiamo tralasciare dal far menzione di una cura preconizzata da Vulpian e da Hayem e che agirebbe a un tempo come antidiarroico e come antizimotico. Vulpian raccomanda da questo doppio punto di vista il *salicilato di bismuto*, che si può prescrivere internamente in polveri di 1 gr. e alla dose di 10 gr. al giorno, e che tornerebbe più vantaggioso ancora amministrato ad un tempo per la bocca e, per mezzo di clisteri, per il retto. Il salicilato di bismuto che dà risultati abbastanza buoni nella febbre tifoide si decompone in ossido di bismuto ed acido salicilico, agendo così a un tempo come astringente e come

antisettico. Hayem dice di aver avuto buoni risultati col solfuro nero di mercurio le cui proprietà sono state sopratutto vantate da Socrate Cadet. Lo si amministra ad ogni ora in polveri di 1 gr. fino a tanto che la diarrea sia cessata.

Non si potrebbero allo stesso scopo tentare altri antizimotici il cui effetto sull'intestino fosse ancor più accentuato? Abbiamo detto prima che il iodoformio poteva essere, in pozione, associato alla menta ed al laudano. In certe diarree croniche, specialmente nei tubercolosi, noi abbiamo avuto buonissimi risultati dall'amministrazione di pillole di iodoformio (associato o meno al creosoto ed al balsamo del Tolù), e ci è parso che nascoste entro un strato di glutine queste pillole agiscano meglio ancora. Se non ci inganniamo, questa stessa prescrizione renderebbe forse dei servigi nella diarrea dei colerosi.

Che cosa bisogna infatti cercare se ci collochiamo dal punto di vista della dottrina microbica? L'elemento virulento, il microbo-virgola nasce e si sviluppa nell'intestino e vi si moltiplica con una grande rapidità. Per attaccarlo bisogna che nell'intestino stesso arrivino in proporzione sufficiente delle preparazioni antizimotiche la cui azione non dovrà punto essere ostacolata al momento del loro passaggio nello stomaco. Troppo spesso al contrario, introdotti per la bocca, i medicamenti antifermentescibili trovano nello stomaco una quantità di microbi di cui essi ostacolano la riproduzione, impedendo così le fermentazioni digestive e perdendo una gran parte della loro efficacia. Avvolgendole in uno strato di glutine, il quale non si discioglie che nel duodeno, le polveri di iodoformio, di acido borico, di acido salicilico, ecc., che si fanno inghiottire all'ammalato molto più probabilmente eserciteranno la loro azione specialmente sul tubo intestinale e per conseguenza uccideranno il fermento organizzato che vi si riproduce incessantemente.

Niente sarebbe più agevole che lo sperimentare in questo modo delle pillole di iodoformio, di salicilato di bismuto, di acido borico, ecc. I risultati ottenuti in altre malattie sembra che diano qualche peso ad un'ipotesi che noi ci accontentiamo per ora di sottoporre al giudizio di quelli tra i nostri colleghi che lottano ancora contro il coléra. (Vedi Nota 3.ª).

Dobbiamo ripetere qui che pare importantissimo l'amministrare i medicamenti (pozioni o clisteri) subito dopo ciascuna scarica. Se la diarrea cessa o diminuisce rapidamente non sarà necessario moltiplicare troppo le prescrizioni; se essa continua non si avrà a temere di aver sorpassato la dose medicamentosa.

Infine dobbiamo insistere sull'utilità dell'igiene e del regime. L'ammalato dovrà essere mantenuto a letto, ben coperto. Delle frizioni con alcool o con essenza di trementina favoriranno la circolazione periferica e diminuiranno la tendenza al raffreddamento ed ai crampi. Questi ed i vomiti saranno vantaggiosamente combattuti con le iniezioni sottocutanee di cloridrato di morfina addizionato a solfato neutro d'atro-

pina. Da più di 10 anni in tutte le nostre prescrizioni noi associamo al cloridrato di morfina impiegato sotto forma d'injezioni ipodermiche, il solfato neutro d'atropina alla dose di 1[2 milligr. per ogni grammo di cloridrato di morfina. Questa associazione che, senza modificare le proprietà sedative e narcotiche dell'iniezione, modera gli effetti tossici tanto spesso osservati in soggetti molto sensibili, devesi sopratutto raccomandare nel periodo prodromico del colera allorquando bisogna evitare le iniezioni di forti dosi di morfina. Limitandosi a fare ogni due o tre ore una puntura che non introdurrà sotto la pelle che 5 milligr. di cloridrato di morfina, e per conseguenza 1[4 milligr. di solfato d' atropina, praticando queste punture al cavo epigastrico (come si fa nei vomiti delle isteriche), si riuscirà a calmare i vomiti ed a diminuire il numero dei crampi. (Vedi Nota 4.ª).

Fin dall'esordire del male altri mezzi possono dare dei buoni risultati. Ci limiteremo a far menzione delle applicazioni di cataplasmi caldi alcoolizzati e laudanizzati, e delle pennellature di collodion così efficaci nelle peritoniti come in tutte le malattie gravi dell'addome.

Queste ci pare che siano le prime indicazioni a cui si deve soddisfare quando ci troviamo in faccia a un coleroso che si trovi nel periodo prodromico.

Noi abbiamo ancora da esaminare quello che convien fare contro il coléra algido o nel periodo di reazione. Ricordando i principali medicamenti che si dovranno prescrivere per combattere la diarrea prodromica o *colérina* noi abbiamo nello stesso tempo indicato la cura che si addice in caso di colera leggiero o di media intensità. Spessissimo infatti questi medicamenti bastano non solo per gli ammalati poco gravemente affetti sul principio delle epidemie, ma anche per tutti i soggetti cui uno stato di debolezza precedente non predispone ad un più serio attacco della malattia. L'oppio, in particolare, non è soltanto un antidiarroico o un sedativo del sistema nervoso. È uno stimolante dell'apparato circolatorio che, secondo le dimostrazioni di Pecholier, rende il polso più forte, più pieno, più frequente, e che, per conseguenza, tende a prevenire uno dei sintomi più gravi del coléra, l'algore con depressione delle forze.

Associato all'acetato di ammoniaca, all'alcool (sotto forma di rhum, d'alcoolato di melissa, di chartreuse, di vino di Champagne), all'etere, al cloroformio, al muschio, alla valeriana, ecc., l'oppio può dunque essere utile non solo per arrestare la malattia sul suo esordire, ma anche per attenuarne le manifestazioni più gravi. (V. Nota 5.ª). Tuttavia non si dovrà ignorare che l'amministrazione di dosi troppo considerevoli o troppo a lungo continuate del medicamento potrebbe trar seco danni seriissimi. (Vedi Nota 6.ª).

2.° *Stadio algido.* — Quando ci troviamo in presenza di un coleroso cianotico, dai lineamenti affilati, dalle guancie incavate, dagli occhi contornati da un cerchio nero ed infossati nell'orbita, colla pelle gelida,

viscosa, la circolazione periferica abolita, le indicazioni tratte dalla frequenza o dall'abbondanza delle evacuazioni scompaiono, o almeno impicciolisoono dinanzi alla necessità imperiosa di provvedere a questa atonia vaso-motrice che minaccia davvicino la vita dell'ammalato.

In questi casi adunque la questione di una cura interna non sarebbe che un fatto eccezionale. I medicamenti amministrati per la bocca sarebbero quasi sempre rigettati coi vomiti, oppure rimarrebbero nello stomaco e nell'intestino diluiti nella massa liquida che vi è così abbondante anche quando le evacuazioni sono cessate, (coléra secco). Questi medicamenti sarebbero incapaci di agire, poichè ogni assorbimento è arrestato. Bisognerà dunque accontentarsi, in questo periodo in cui l'algore è pronunciatissimo, di tentare i clisteri eterei ed oppiacei già messi alla prova da I. Bouley e formulati come segue:

Etere solforico	gr.	5
Laudano del Sydenham	»	1
Acqua	»	200

S. per due clisteri

oppure anche i clisteri addizionati di polvere di muschio o di tintura di castoreo, (15-20 goccie). La miglior cosa è di non ostinarsi ad esaurire le forze dell'ammalato continuando una cura che è sempre inefficace e spesso nociva. È ciò che aveva già fatto notare nel 1866 quel clinico così sperimentato e sagace di cui noi abbiamo or ora citato il nome, I Bouley. « Egli era arrivato, dice il dott. Robbe, a bandire quasi costantemente dalla sua pratica la maggior parte di questi agenti di eccitazione; egli non ricorreva più che ai procedimenti i più temperanti, all'uso del ghiaccio triturato, della birra o di un'altra bevanda ghiacciata. Egli inoltre lasciava l'ammalato in una immobilità che credeva favorevole al determinarsi spontaneo della reazione: non esercitava su di esso delle frizioni che per sollevarlo dai crampi. All'infuori di questa indicazione speciale lo lasciava avviluppato entro coperte di lana e bottiglie di acqua calda, le quali potessero apportargli quel calore che parevano rifiutargli le sue combustioni interne. »

Alla sua volta e nello stesso tempo il dott. Ernesto Besnier affermava che la maggior parte dei mezzi impiegati per eccitare l'organismo assiderato o falliscono allo scopo o lo oltrepassano infallibilmente.

« Ci sarebbe dunque perfettamente inutile, aggiungeva Ernesto Besnier, il fare una rivista retrospettiva dei medicamenti e delle cure usitate, essendo tutte in ultima analisi quasi ugualmente buone ed ugualmente insufficienti e dannose; così noi ci siamo limitati ad avviare i pratici in una nuova via, servendoci, a titolo d'esempio soltanto, delle iniezioni venose e dell'idroterapia; le iniezioni permettendo l'introduzione diretta nel sistema circolatorio di acqua semplice o carica di sostanze medicamentose; l'idroterapia fornendo i mezzi di ottenere una

reazione esente da quegli accidenti che determinano quasi irrevocabilmente le cure eccitanti, quando si ristabilisce l'assorbimento. » Noi abbiamo voluto citare testualmente queste parole per mostrare che da quasi vent'anni i medici più sperimentati protestavano già contro l'abuso delle cure interne nel coléra algido. Noi saremmo dunque tentati di proscriverli tutti, nello stesso modo che condanniamo tutti i purganti nel periodo premonitorio. Tuttavia, riconoscendo che anche nei casi in apparenza disperati è possibile soddisfare, in una misura utile e conveniente, alle indicazioni, aggiungeremo che in condizioni eccezionali certi eccitanti diffusibili, e specialmente l'alcool e l'acetato d'ammoniaca, possono essere ancora tollerati ed agire favorevolmente. Adunque anche nel periodo algido, allorchè vi è contemporaneamente predominanza dei sintomi gastro-intestinali, si continueranno le pozioni o le goccie di cui abbiamo dato la formola, *se queste pozioni non sono immediatamente rigettate col vomito*, e se, dopo essere state prese, mostrano di risvegliare l'ammalato, arrestare la diarrea ed i vomiti, diminuire le angoscie e favorire la calorificazione. Se questo non avviene non si dovrà esitare a rinunciare subito ad ogni pozione e a limitarsi a far assorbire all'ammalato alcune cucchiaiate di champagne spumante, di limonata vinosa, di punch ghiacciato, ecc., per rivolgersi ai benefizi che possono dare: 1.° i processi di calorificazione periferica; 2.° le pratiche idroterapiche; 3.° le iniezioni ipodermiche; 4.° le inalazioni medicamentose; 5.° le iniezioni intravenose quando tutti questi metodi hanno fallito.

1.° *Riscaldamento diretto.* — Il coleroso algido è raffreddato, la circolazione periferica è quasi abolita; importa dunque riscaldare l'ammalato, e, per riuscirvi, riprodurre il calore periferico agendo sul sistema vaso-motore. È a questo scopo che convengono non solo le frizioni con alcool, con essenza di trementina, con ammoniaca, ecc., ecc., le applicazioni intorno all'ammalato di bottiglie d'acqua calda, di coperte di lana, ecc., ma anche i rivulsivi sotto forma di senapismi, di martello di Mayor applicato sull'epigastrio, di punte di fuoco superficiali allo stesso livello o lungo la colonna vertebrale, o anche di faradizzazioni sotto-clavicolari o cervico-addominali. Ma tutti questi mezzi esterni falliscono nel caso in cui l'algidismo è molto pronunciato, in cui la pelle non reagisce, in cui il vescicatorio stesso non solleva più l'epidermide. È allora che alle frizioni, le quali non farebbero che escoriare inutilmente la pelle e affaticare l'ammalato, bisognerà preferire le pratiche idroterapiche che I. Bouley, e, dopo lui, il dott. A. Rebbe hanno in modo speciale raccomandato.

2.° *Pratiche idroterapiche.* — Fin dall'anno 1848 Burguiérs a Smirne aveva ottenuto buoni effetti dalle applicazioni di pannilini bagnati. « Spogliati di ogni indumento gli ammalati erano avviluppati in un panno bagnato nell'acqua di pozzo, e ricoperti in seguito da pannilani; erano lasciati in tale stato per due ore durante le quali si dava loro a bere

ogni quarto d'ora una tazza di acqua fresca. Qualunque fosse stato il grado dello stato algido, in capo ad una mezz'ora il calore ritornava; si riapplicava allora il panno bagnato per due o tre volte. È pure al panno bagnato che ricorse Ernesto Besnier nell'epidemia dal 1866 all'ospitale S. Louis. Fournier preferiva in quel tempo le affusioni fredde; ed è allo stesso metodo terapeutico che aveva ricorso la maggior parte delle volte I. Bouley. » Una vasca da bagno è preparata, egli dice, vicino al letto dell'ammalato e si preparano riempiuti di acqua fredda 5 o 6 recipienti della capacità di 8-10 litri ciascuno. Allora l'ammalato è denudato completamente e deposto in fondo al bagno in mezzo al quale un aiuto collocandoglisi di fronte e tenendogli fortemente le mani lo mantiene seduto. Il medico si colloca alla testa della vasca, sale sopra una sedia più alta che sia possibile e versa dall'alto e in copia il contenuto dei recipienti riempiti a tale scopo. Egli ha cura che l'acqua coli lungo il dorso, il collo e le spalle. Poi l'aiuto lascia inclinare un poco l'ammalato all'indietro, e l'acqua viene così a cadere successivamente sulla testa, sul petto e sull'addome. Durante questo tempo l'ammalato prova una violenta scossa e traduce la sua impressione con alcune grida. L'affusione durerà così due minuti, due minuti e mezzo, od anche tre minuti. Per limitare questa durata il medico si guiderà dal modo con cui l'affusione è tollerata dall'ammalato. Subito dopo questi è avviluppato in un panno caldo, ritirato dal bagno e rapidissimamente asciugato, poi lo si avvolge in una larga coperta di lana. Un aiuto lo sostiene intanto nella posizione verticale per quanto è possibile, poi l'ammalato è tosto messo a letto e coperto con cose calde. Allora gli si amministrano in grande abbondanza e fin che ne desidera dei pezzetti di ghiaccio ch'egli prende avidamente (noi preferiamo il *punch* caldo o lo *champagne* spumante, a seconda della tolleranza). È quasi sempre da questo momento stesso che l'ammalato assicura di provare un benessere insperato. Questa affusione sarà ripetuta, secondo i bisogni, una volta al giorno, o mattina e sera. »

Noi abbiamo voluto trascrivere questi precetti terapeutici per meglio raccomandarli in certi casi speciali ai medici che nell'epidemia attuale pare non ne abbiano avuto contezza. Infatti noi non sappiamo che a Marsiglia o a Tolone i metodi idroterapici siano stati sistematicamente utilizzati altrove che nella pratica del dottor Trastour il quale ne ottenne buoni effetti nel periodo di reazione.

Vuol forse dire questo che le affusioni fredde o gli impacchi in panni bagnati convengano a tutti i colerosi? Noi non lo pensiamo affatto. Ma già nel 1866 I. Bouley e il dott. Robbe avevano ben specificato le indicazioni che impongono questa cura. Essa parve convenire sopratutto nei casi in cui l'algore era predominante, oppure quando i sintomi nervosi (eretismo gastrico e cardialgia, crampi dolorosi degli arti, soffocazioni, sonnolenza estrema, prostrazione di forze) non avevano ceduto alla cura interna. È dunque in certe forme del periodo algido e nel pe-

riodo detto *di reazione* che bisogna ricorrere al metodo idroterapico. Perchè esso sia efficace occorre che la reazione che si spera sia probabile o possibile; occorre, per richiamare la distinzione di Barthez, che vi abbia *oppressione* non *prostrazione di forze*. Basti il dire che nei casi di colera fulminante, in quei casi caratterizzati, più che dalla *prostratio*, dalla *sideratio virium*, le affusioni fredde non paiono più indicate.

Nelle forme di questo genere noi consiglieremmo più volentieri i bagni caldi con sale e farina di senape. L'ammalato sarà immerso in un bagno pieno di acqua salata (3-4 chilogr.) ricoperto d'un panno che gli avvilupperà il tronco e permetterà ad un aiuto di mantenergli la testa abbastanza elevata. All'estremità di questo bagno un altro aiuto immergerà nell'acqua del bagno un sacco di tela contenente 2 chilogr. di farina di senape fresca. Allorchè, in capo a due o tre minuti, la pelle sarà bene arrossata sotto l'influenza di questo bagno senapato il coleroso sarà riportato nel suo letto ed avvolto in un panno caldo e in coperte di lana. I bagni senapati qualche volta così utili nelle febbri tifoidi, nelle peritoniti gravi, nelle febbri adinamiche, ecc., ci pare che rispondano qui ad un'indicazione non meno urgente che le affusioni fredde. Essi saranno prescritti agli ammalati di colera iperalgido con astenia profonda, cianosi avanzata, polso piccolissimo, toni cardiaci appena percettibili. Nei casi di media intensità converrebbe il metodo di Burguières, al periodo algido o al periodo di reazione delle forme eretistiche sarebbero riservate le affusioni fredde.

Infine, qualora non fosse possibile avere una vasca da bagno nella camera dell'ammalato, o qualora la cura idroterapica, sempre molto incomoda, non fosse accettata dall'ammalato o da quei di casa, si potrebbero tentare le polverizzazioni di etere lungo la colonna vertebrale o al cavo epigastrico, od anche le applicazioni locali di una vescica di ghiaccio susseguite tosto da frizioni stimolanti. Come lo si è detto spesso, si può cercare di provocare la reazione con mezzi appropriati, ma non si riesce guari a riscaldare un cadavere; ed è perciò che le applicazioni calde riescono molto meno bene dei metodi idroterapici o dei bagni senapati.

3.° *Iniezioni ipodermiche.* — Nello stesso tempo che questi mezzi esterni ponno essere utili, la pratica di iniezioni ipodermiche permette di tentare l'assorbimento di alcuni agenti terapeutici. Si sono più o meno vantate, fino ad oggi, le iniezioni sottocutanee di cloridrato di morfina, di solfato neutro d'atropina e di etere. Le iniezioni di bisolfato di chinina, di curaro, di solfato di stricnina, ecc., parrebbe invece che siano state più dannose che utili. I risultati ottenuti col laudano o coll'oppio devono incoraggiare i medici a continuare le iniezioni sottocutanee di cloridrato di morfina nel periodo algido, quando l'assorbimento gastro-intestinale è quasi nullo. Queste iniezioni hanno reso al dott. Trastour « *segnalati servigi nel periodo algido* » specialmente per

combattere i crampi muscolari o la cardialgia accompagnata da vomiti. « Io so, aggiunge Trastour, che Rochard dalla tribuna dell'Accademia di medicina ha condannato questa cura accusandola di produrre uno stupore troppo considerevole durante il periodo di reazione, io non ho osservato questo fatto, ed affermo che gli ammalati che sono arrivati al periodo di reazione senza aver subito in antecedenza iniezioni di morfina hanno presentato fenomeni di stupore nell'ugual grado degli altri. » (Vedi Nota 7.ª).

Invece il dott. Cuneo che ha fornito a Rochard i dati sui quali questo si è appoggiato per condannare queste iniezioni, le considera come inutili e come nocive.

Il dott. Cuneo adunque ha tentato le iniezioni di solfato d' atropina alla dose di 1|2 milligr., poi di 1 milligr., dose che, come lo si comprende, non è stata ripetuta più di 4-5 volte nelle 24 ore. Il medicamento era assorbito, come lo indicava una larga dilatazione della pupilla, e, dieci minuti più tardi « il cuore batteva con maggior frequenza ed energia, il polso diventava più sensibile, la temperatura si elevava. » Riassumendo, il dott. Cuneo dice: « queste iniezioni parvero favorire manifestamente la reazione. » Gli insuccessi di Desprès e Laillier, che nel 1856 avevano fatto uso delle iniezioni sottocutanee di atropina, non devono, di fronte ai risultati annunciati dal dott. Cuneo, controindicare nuovi tentativi. D'altronde, associando, come l'abbiamo detto avanti l'atropina alla morfina, e riservando queste iniezioni ai casi relativamente benigni, o ai colerosi nei quali l'algore è poco accentuato e il potere di assorbimento relativamente conservato, si riuscirà senza dubbio a combattere alcuni sintomi dolorosi e a considerare questa cura non come utile in ogni caso, ma come vantaggiosa e palliativa in casi eccezionali.

Le iniezioni sottocutanee di etere non hanno dato tutti quei risultati che si aspettavano. Esse certamente non sono mai state nocive. Secondo il dott. Cuneo esse hanno sovènti volte prolungata la vita degli ammalati, ma non pare che abbiano provocato il risveglio di questi, come avviene sì spesso nei casi di coma apoplettico od epilettico. Avendo più volte assistito a vere risurrezioni provocate dalle iniezioni sottocutanee di etere, malgrado quello che se ne è detto nelle citate osservazioni, noi crediamo di doverle raccomandare ai nostri colleghi. Ma crediamo anche che, perchè siano efficaci, esse devono praticarsi non ad ogni ora, ma di quattro in cinque minuti, salvo poi l'interromperle per una o due ore dopo averne fatto cinque o sei. L'etere è eliminato così rapidamente, che, perchè agisca, bisogna farne assorbire più grammi nello spazio di pochi minuti. Ora, per quanto avvicinate siano, queste iniezioni sono inoffensive, considerando che, nello spazio di alcune ore, non si sorpassa una dose totale che può variare assai a seconda dei soggetti, ma che rarissimamente è superiore ad 8 o 10 gr. al giorno; purchè, beninteso, si sospenda la cura quando si è ottenuto l'effetto che si sperava. (Vedi Nota 8.ª).

4.° *Inalazioni medicamentose.* — Dopo aver osservato, nel periodo algido del colera, l' insuccesso avuto coll' amministrare all' ammalato delle quantità più o meno grandi di acqua ossigenata pura o resa gradevole con una sostanza alcoolica od aromatica, molti medici hanno sperimentato, a Tolone sopratutto, le *inalazioni di ossigèno*. Nel 1832 si era provata una miscela di aria atmosferica e di ossigeno. Sotto la direzione del dott. Troncin, le inalazioni di ossigeno puro, respirato per uno o due minuti consecutivi per mezzo di un tubo direttamente introdotto in una delle narici, hanno dato buonissimi risultati. « Sotto l'influenza dell'ossigeno così amministrato, dice il dott. Cuneo, sei ammalati che noi consideravamo come perduti, sono stati veramente risuscitati; il polso che era scomparso è dapprima diventato sensibile, poi ha ripreso forza; la temperatura periferica si è manifestamente elevata la pelle ha perduto la sua cianosi e si è colorita in roseo. In alcuni casi la reazione è divenuta così energica da doversi pensare a moderarla. » Le inalazioni di ossigeno sono dunque qualche volta utilissime, esse convengono sopratutto nel colera asfittico. Parve che non diano risultato nel colera adinamico senza cianosi nè raffreddamento. Il dottore Trastour afferma anche gli effetti favorevolissimi delle inalazioni di ossigeno le quali prolungano l'esistenza in quegli ammalati che sono arrivati al periodo asfittico e permettono così di agire più a lungo e conseguentemente con maggiori speranze di successo. Le inalazioni di aria ozonizzata sono sembrate ugualmente utili; manca però l' esperienza in proposito. (Vedi Nota 9.ª).

Il *nitrito d'amile* meriterebbe pure di essere tentato nel periodo algido del colera. Dopo di avere a più riprese acquistata la convinzione che per mezzo di tali inalazioni si poteva far abortire nel suo periodo di *aura* una crisi epilettica, e richiamare in vita ammalati già divenuti cianotici, asfittici, sotto l' attacco di un accesso di asma, di asistolia, di congestione cerebrale o polmonale, noi abbiamo pensato che lo stesso agente non rimarrebbe inefficace nell'asfissia colerica. Il procedimento terapeutico è d'altronde dei più semplici. Basta avere a sua disposizione un certo numero di piccoli tubi omeopatici nei quali si introdurrà un tampone di cotone idrofilo imbevuto di 8-10 goccie di nitrito d'amile. Aperto il tubo al momento dell' attacco del colera asfittico se ne farà respirare il contenuto per 4-5 minuti, e, secondo gli effetti prodotti, si potrà rinnovare due o tre volte quest'operazione. Questa cura è inoffensiva. Forse sarà efficace.

I diversi metodi terapeutici che abbiamo indicato, ben diretti, variati con tatto e con intelligenza, daranno in quasi tutte le forme coleriche buonissimi risultati. Ma vi sono i cosidetti *casi fulminanti* i quali in poche ore ammazzano il paziente. Sia che i prodromi dell' attacco colerico siano passati inosservati, sia che l' attacco sia stato immediatamente molto grave, avviene spesso, nell'infierire d' un' epidemia, che il medico chiamato presso un coleroso non trovi che un agonizzante; e

avviene più spesso ancora che, malgrado ogni cura, esso assiste allo sviluppo fatale, progressivo dei sintomi più gravi, del collasso algido e dell'asfissia colerica. È in questo caso che l'adagio: *Ad extremos morbos extrema remedia* ha potuto essere ricordato e che si è autorizzati a tutto tentare per salvare il moribondo, non valendo le ordinarie cure interne.

5.° *Iniezioni intra-venose.* — Le iniezioni intra-venose di acqua pura o di siero artificiale non hanno ancora dato, dal punto di vista pratico i risultati che la teoria che 'li aveva preconizzati faceva sperare. Il dott. Trastour che le ha tentate dapprima con l'acqua pura, poi collo siero artificiale di cui Hayem ha dato la formula, ha perduto tutti gli ammalati sui quali aveva tentato quest'operazione. E tuttavia, praticata col trasfusore Dieulafoy, essa era stata fatta nelle migliori condizioni. Alcuni successi ottenuti in Iscozia ed in Inghilterra e i fatti osservati da Trastour stesso e da tutti coloro che, come lui, non hanno avuto che dei cattivi risultati (citiamo Hérard, Gubler, Hénocque, Duchaussoy, Dujardin-Beaumetz), permettono di sperare che questo metodo terapeutico potrà un giorno diventare più efficace, qualora venga alquanto modificato; poichè si sono ottenuti da queste iniezioni intravenose il rinforzo del polso, il risveglio momentaneo dell'intelligenza e delle forze, e il ritorno della calorificazione. Teoricamente infatti è logico il cercar di rigenerare il sangue diminuito di quantità, inspessito, sovraccarico di acido carbonico, divenuto acido, sovraccarico infine dei prodotti escrementizi che vi sono accumulati per l'arresto di tutte le secrezioni. Come l'ha molto bene dimostrato il Potain (*Bulletin de la Société médicale. des Hopitaux*, 1873, pagina 375): « La concentrazione dello siero e dell'albumina unita a quella dei globuli costituisce un ostacolo reale e considerevole alla circolazione. ed è razionale il cercare di diluire il sangue, con un' iniezione intravenosa, per facilitarne la circolazione. » Ma come giungere a diluire il sangue senza alterarne i globuli? Molti medici si erano sforzati, a questo scopo, di far assorbire per la via gastro-intestinale (metodo di Moissenet) o per la via polmonare (iniezioni tracheali di Küss) una soluzione di cloruro di sodio (in generale 4 gr. in 150 di veicolo); altri, come il prof. Samuel di Koenisberg, aveva tentato l'*infusione* sotto-cutanea di acqua. Ma malgrado i risultati relativamente favorevoli annunciati da Moissenet (11 decessi su 44 casi, di cui 26 gravi), noi crediamo con Desnos che nel periodo algido grave l'assorbimento degli alcalini o di una pozione salina è quasi sempre impossibile. Bisogna dunque in questi casi, troppo spesso considerati come disperati, ricorrere alle iniezioni intravenose.

Queste sono state consigliate per la prima volta da Jaenichen e Marcus (di Mosca) nel 1830; nel 1832 da Magendie, poi da vari clinici. Dujardin-Beaumetz che ha bene studiato la loro azione e i risultati ottenuti da coloro che le hanno impiegate, ha pubblicato, nell'interessante memoria ch'egli ha comunicato alla Società degli Ospedali (Bullettin de

la Société médicale des hopitaux, 1883 - pag. 321), molte osservazioni assai istruttive ed una storia abbastanza completa della questione. Ne risulta che *quasi sempre* un sensibilissimo miglioramento sussegue all'iniezione; riappare il polso, la voce diventa più netta; gli ammalati si risvegliano, chiedono del cibo; la persona riprende un colorito roseo; l'algore cessa; la guarigione pare vicina. Ma in capo ad alcune ore, se i colerosi son lasciati a sè, se si sospendono le iniezioni, il collasso riappare, e la morte allora è rapidissima (Vedi Nota 10). Un'altra conclusione non meno importante devesi dedurre dalle osservazioni che abbiamo sotto mano. Quanto più considerevole è stata la quantità del liquido iniettato, tanto più rapido, sensibile, duraturo è stato il miglioramento osservato. Così si devono avere costantemente di mira i fatti che ci sono annunziati dai documenti riuniti e ricordati da Dujardin-Beaumetz.

Tommaso Latta pubblica 3 osservazioni: tutte e tre furono favorevolissime alla tesi ch'egli sostiene. Ecco le due principali:

In un uomo esso inietta in una mezz'ora 4270 gr. della soluzione seguente alla temperatura di 43°-44° Réaumur:

Muriato di soda	gr.	3 05
Sotto-carbonato di soda	»	2 50
Acqua distillata	»	2832 —

Un grande sollievo segue quest'operazione. Durante la giornata esso inietta ancora 6 libbre (gr. 2730) di questa stessa soluzione. L'ammalato guarisce.

In una donna di 50 anni, agonizzante, l'inezione è portata alla dose di 10230 gr. di questo stesso liquido in un periodo di 24 ore. L'ammalata guarisce.

Meritano pure di essere ricordate le seguenti osservazioni:

Donna di 38 anni al sesto mese di gravidanza. Periodo algido del colèra; iniezione nelle vene della soluzione seguente alla temperatura di 105° Fahrenheit (40° Cgr.):

Muriato di soda.	gr.	4
Carbonato di soda	»	60
Acqua	»	1119

Prima injezione di 1119 gr. Miglioramento. Un'ora e mezza più tardi nuova injezione di 2611 gr. Miglioramento. Cinque giorni dopo ricaduta. Nuova injezione di 250 grammi. Guarigione. Flebite leggiera. (Dottor Craigie).

Uomo di 45 anni. Periodo algido. Injezione di 1892 gr. in 40 minuti. Guarigione. (Dott. Gerdwood).

Giovane donna. Periodo algido. Injezione di 1119 gr. della soluzione di Latta. Guarigione. (Gerdwood).

Dujardin-Beaumetz afferma che nel 1830 si contavano già più di 30

buoni risultati ottenuti con questo metodo delle injezioni intravenose, *abbondanti*. Di tutti i fatti ch'esso riporta il più notevole è il seguente:

Uomo di 29 anni. Periodo algido. Agonizzante. Injezione di 2 litri della soluzione di Latta. Miglioramento. Un'ora e mezza più tardi injezione di altri due litri. Miglioramento, poi ricaduta. Due ore dopo terza injezione di due litri; poi verso la fine del giorno altre due injezioni. In complesso 13,190 gr. della soluzione salina sono stati injettati in un periodo di 13 ore ed in 7 operazioni successive. E l'ammalato guarì. (Dott. Th. Weatherill, de Liverpool).

Agli insuccessi dei nostri connazionali si possono dunque opporre questi risultati favorevoli. Hérard, che si serviva della soluzione seguente:

Acqua distillata	gr.	1000
Cloruro di sodio	»	4.50
Fosfato di soda	»	1.25
Cloruro di potassio	»	0.25
Carbonato di soda	»	0.50

non ne ha injettato che 60 gr. ad un primo ammalato, 150 gr. ad un secondo; 1100 gr. ad un terzo. Hérard, Dujardin-Beaumetz, Duchaussoy, Henocque, Oulmont, ecc., non hanno mai sorpassato queste dosi. Le loro osservazioni non sono dunque punto paragonabili a quelle dei medici inglesi.

Ma è egli cosa prudente l'introdurre nel sangue così grandi quantità di liquido? E la natura stessa del medicamento injettato non ha egli un'influenza seria sugli effetti che se ne possono ottenere? Si è a queste questioni che Hayem (« Revue scientifique », 19 luglio 1884, p. 70) ha tentato di rispondere. Dopo varie esperienze praticate sugli animali, egli è arrivato a questa conclusione, che si può « *raddoppiare la massa del sangue con dell'acqua senza far ammalare l'animale* », e ne conclude che in un coleroso un'injezione di 2 litri di acqua può essere facilmente sopportata (Vedi Nota 11.)*. Ma l'acqua pura distrugge rapidamente i globuli rossi, ed i buoni risultati ottenuti coll'injezione di acqua comune (quello di Lovain tra gli altri) non possono spiegarsi se non ammettendo che in talune circostanze l'acqua injettata possa caricarsi rapidamente dei principii albuminoidi del sangue. Hayem raccomanda di servirsi di una soluzione analoga allo siero sanguigno, che un'esperienza diretta gli ha mostrato essere inoffensiva. Questa soluzione è la seguente:

Acqua	gr.	1000
Cloruro di sodio	»	5
Idrato di sodio	»	1
Solfato di soda	»	25

Il solfato di soda avrebbe il vantaggio non solo di ajutare la conservazione dei globuli, ma anche di favorire la costipazione, e conseguentemente di opporsi a nuove perdite di liquido, e di ajutare il riassorbimento di quello che è già contenuto nell'intestino. (Vedi Nota 12.ª).

La dose da injettare sarà precisata dalla numerazione dei globuli o dalla dosatura dell'emoglobina. Hayem non dice esplicitamente s' egli consigli, come noi, di ripetere spesso queste injezioni, ma insiste sulla necessità di diminuire la dose di solfato di soda nel caso in cui si injettasse molto liquido, e precisamente di non introdurre nel sangue, nelle 24 ore, più di 30 gr. di solfato di soda in un uomo adulto.

Il liquido injettato non deve sorpassare i 37°, 38° centigr. Deve essere injettato lentamente, come è stato raccomandato da Potain, da Kroneker e Leyden, in modo che ad ogni minuto secondo passino nel torrente circolatorio 20 c. c. all'incirca. A questa condizione si potrà, senza inconvenienti, injettare in ciascuna operazione più di 1 litro della soluzione salina, e ricominciare l'injezione tutte le volte che riappaja il collasso algido. (Vedi Nota 13.ª).

Quanto alla tecnica operatoria delle injezioni intravenose, essa varia a seconda dei medici che le hanno impiegate. Lo strumento migliore e più facile ad impiegarsi, quello che meglio impedisce l' introduzione dell'aria nelle vene, ci pare che sia il trasfusore di Dieulafoy. Basterebbe, prima di servirsene, isolare colla dissezione la vena, perchè la semplice legatura non può più in un coleroso renderla sufficientemente turgida. Ma non tutti i medici hanno quest' apparecchio, e nel caso di cui si tratta bisogna agire presto. Diciamo adunque che Dujardin-Beaumetz si è servito di un irrigatore il quale, riempito di una soluzione salina, è immerso in un vaso contenente dell'acqua a 41°-42° Cgr.ⁱ All'estremità del tubo dell' irrigatore è collocato un tubo di caoutchouc a cui è aggiunta un'estremità metallica che penetra fino in fondo alla guaina d'un trequarti (?). Questo tre quarti è quello del trasfusore di Mathieu.

Potain impiegava un recipiente a tre tubulature, di cui l' una riceve un termometro, un' altra un tubo che pesca in fondo al vaso, la terza un tubo che non penetra che per 1 cm. nel recipiente. Il termometro serve a misurare la temperatura del liquido da injettare. Al tubo che penetra per brevissimo tratto nel vaso è adattata la pompa in caoutchouc dell'apparecchio di Richardson, la quale comprime l'aria nel vaso. Il liquido contenuto in questo rimonta allora nel lungo tubo di vetro al quale fa seguito un tubo di caoutchouc vulcanizzato e munito di un trequarti o di una cannula fina che si introduce in una delle vene dorsali del pugno messa prima a nudo ed incisa.

Grasset consiglia di servirsi dell' apparecchio - trasfusore di Bouveret e la vena che egli sceglie per l'injezione è la mediana dell' avambraccio. (« Lyon médical », 1884, 26, p. 271). (Vedi Nota 14.ª).

Infine Hayem ha fatto uso della tromba aspirante-premente adattata

al trasfusore di Roussel. Questa tromba di gomma elastica è munita, ad ognuna delle sue estremità, di un tubo della lunghezza di 1 metro. Uno di questi tubi pesca nel vaso che contiene il liquido da injettare, l'altro porta alla sua estremità una cannula od un trequarti. Di tutti questi apparecchi, il più pratico, se non si ha il trasfusore di Dieulafoy, il più sicuro ed il più facile è ancora quello che è stato descritto da Potain.

Le injezioni medicamentose propriamente dette hanno dato dei risultati poco incoraggianti (Duchaussoy), e gli accidenti che sono stati osservati allorchè nel praticare le injezioni ipodermiche si introduce l'ago in una vena, e vi si injettano 5 milligr. o 1 centigr. di cloridrato di morfina, ci fanno considerare come dannosissimo il suggerimento dato da Hayem di aggiungere al liquido da injettarsi 2-5 centim. (!) di cloridrato di morfina che si farebbe penetrare in una o più volte. — Riguardo alle injezioni intra-peritoneali, i dati sperimentali sono ancora troppo ristretti. (Vedi Nota 15.ª).

3.° *Stadio di reazione.* — Attraversata la fase di algore e di collasso, l'ammalato si risveglia e si riscalda; ma se non si segue colla più minuziosa attenzione il decorso dei sintomi che caratterizzano questa *reazione*, ci esponiamo a vedere ben presto sopraggiungere degli accidenti non meno gravi dell'algidismo e pieni di pericolo per l'ammalato. Importa dunque non dimenticar mai che nel colera epidemico la convalescenza è sempre lunga e raramente scevra d'accidenti. Se la reazione si stabilisce francamente, siavi febbre o meno, cioè se il polso si rinforza nello stesso tempo che scompajono l'algidismo e la cianosi, se l'occhio si rianima, se l'oppressione, i crampi, la cardialgia, scompajono; se le secrezioni si ristabiliscono; infine se la diarrea ed i vomiti diminuiscono progressivamente per cessare affatto, ci limiteremo a mantenere l'ammalato a letto, ad amministrargli dei brodi e delle limonate acidule e vinose o del decotto di china. In questo periodo di reazione franca l'oppio e gli eccitanti alcoolici devono essere proscritti. Se l'ammalato ha molta sete si può dargli a bere limonata acidulata in gran copia; se la febbre è viva gli si applicheranno delle compresse fredde sulla fronte, si insisterà cogli acidi (l'acqua di Rabel, l'elisir di Haller), infine si potrà incominciare l'amministrazione di dosi relativamente tenui (25-50 centigr. al giorno) di solfato di chinina. Si è anche consigliato in questi casi l'alcoolatura di aconito, il *veratro bianco*, la veratrina. Meglio vale limitarsi alle cure igieniche e ad alcuni medicamenti che abbiamo indicato. (Vedi Nota 16.ª). Vi è tuttavia un sintoma che deve essere sorvegliato. Se la diarrea cessa bruscamente, questo arresto è spesso non la causa ma l'indice di uno stato molto serio, e in questi casi si potranno con vantaggio richiamare le secrezioni intestinali coll'olio di ricino (o col calomelano) ed attendere così la guarigione.

Ma molto spesso *la reazione è incompleta od irregolare.* Allora

si osserva o uno stato di adinamia dei più accentuati, con alternative di reazione e di algore, prostrazione completa, diminuzione graduata poi scomparsa del polso, infine morte per asfissia, oppure uno stato atassico con agitazione, delirio, ecc. Nel primo caso importa continuare l'uso di taluni eccitanti, e specialmente dell'acetato di ammoniaca ad alte dosi, prescrivere dei bagni senapati o delle frizioni terebentinate, infine far prendere all'ammalato delle bevande amare e toniche, dell'estratto di china, ecc., e combattere la diarrea con dei clisteri di ratania. L'oppio sotto tutte le sue forme è anche qui più nocivo che utile, e i tonici soltanto sono bene indicati. Se al contrario insorgono *fenomeni congestivi*, sia da parte dell'addome, sia da parte dell'encefalo, i rivulsivi esterni (senapismi, frizioni, spalmature di collodion, ecc.), unitamente all'amministrazione di purganti (olio di ricino e calomelano) oppure i bagni generali con affusioni fredde saranno spesso utili.

Vi hanno nel periodo di reazione due ordini di manifestazioni che richiedono cure speciali: sono lo *stato tifoso* o adinamico che Mesnet ha ben descritto, e lo *stato meningeo* o *atassico* che è così spesso susseguito da morte. Nello *stato tifoso*, spessissimo osservato nell'ultima epidemia, si consiglieranno i bagni generali tiepidi, i clisteri di vino addizionato con estratto di ratania, le affusioni fredde, le injezioni ipodermiche di etere, le inalazioni di ossigeno, i tonici sotto forma di estratto o di vino di china, infine e soprattutto il solfato di chinina che pare il medicamento meglio indicato in questo periodo.

Nella forma atassica i bagni tiepidi prolungati con o senza affusioni fredde, gli impacchi in un panno bagnato, i rivulsivi applicati alle estremità, e qualche volta, se il polso è pieno, duro, vibrante, le emissioni sanguigne locali (ventose, scarificate, sanguisughe, ecc.), od anche generali, possono rendere dei grandi servigi; all'interno l'alcoolatura di aconito, gli antispasmodici, e particolarmente i clisteri di muschio, infine il solfato di chinina che si potrà amministrare per la via ipodermica sotto forma di *lattato*, il più solubile ed uno dei più sicuramente assorbibili tra i sali di chinina (1).

Riassumendo, è in questo periodo di reazione soprattutto che abbisogna del tatto e dell'attenzione per rispondere al momento voluto ed in misura giusta e conveniente alle indicazioni così variate che possono presentarsi.

Noi non crediamo necessario un riassunto dei varii medicamenti che abbiamo indicato: diciamo solo che, contro la diarrea prodromica, ed anche allo scopo di rendere difficile la riproduzione del microbo colerigeno, abbiamo consigliato insieme all'oppio ed agli antispasmodici la polvere di jodoformio prescritta in forma pillolare; che nello stadio algido noi pensiamo che le *inalazioni di nitrito d'amile* e le *injezioni di etere*

(1) Il dott. Cuneo aggiunge a tutti questi mezzi i preparati di valeriana.

praticate di seguito fino ad ottenersi l'effetto terapeutico potranno rendere dei grandi servigi associati alle inalazioni di ossigeno ed alle pratiche idroterapiche: infine che nei casi in cui ogni assorbimento pare impedito, le *injezioni intravenose abbondanti e frequentemente ripetute* combatteranno forse con vantaggio gli accidenti osservati. Ma, non lo ripeteremo mai a sufficienza, se è vero che il colera è una malattia grave la cui mortalità è stata fino ad oggi elevatissima, che sorprende spesso per la violenza dei suoi attacchi e la rapidità del suo decorso, noi siamo tuttavia convinti che una cura razionale ben diretta, ben applicata, e soprattutto sorvegliata ad ogni istante, può salvare molti ammalati, purchè il medico si adatti a rivedere frequentissimamente quelli ch'esso vuol guarire, purchè esso lotti ora per ora variando le cure che abbiamo enumerate a seconda delle indicazioni che si presentano.

Come complemento a questo lavoro sui medicamenti che riescono utili contro il colèra nei varii stadii dello stesso, mi pare che giovi qui ricordare anche quelli che sono stati proposti od adoperati come medicamenti profilattici. Il dott. Beaudon avendo osservato in parecchi casi che l'acido salicilico (1) ha un grande potere antisettico ed antifermentativo, ha concepito la speranza che, introdotto nell'organismo in soluzione assai diluita, questo medicamento possa opporsi allo sviluppo del microbo colerico. Suggerisce perciò di sciogliere l'acido salicilico nell'alcool nella proporzione del 5 per 100 e di prenderne una cucchiajata da caffè in un bicchiere d'acqua ad ogni pasto; aggiunge che i medici specialmente dovrebbero con questa soluzione allungata tenersi ben disinfettati anche gli abiti; e conclude finalmente col dire che quand'anche il microbo colerico riuscisse, malgrado tutte queste misure, ad introdursi nell'organismo così premunito, esso non vi troverebbe un campo adatto al suo sviluppo.

Un'altra proposta, partendo da un punto di vista assai diverso, ha fatto il dott. Duboué (2). Partendo dal concetto che le principali lesioni indotte dal colera consistono in *desquammazioni epiteliali abbondanti e generalizzate* verificantisi sulle mucose, e sulle sierose, e sulle tonache dei vasi di tutto il sistema sanguigno, egli crede che il *tannino* possa opporsi allo sviluppo del morbo colerico nell'organismo, e lo consiglia quindi come medicamento profilattico. E ciò perchè da parecchie osservazioni da lui fatte in casi di pleurite purulenta, di pelvi peritonite, di peritiflite, di peritonite puerperale, di meningite cerebro-spinale, di pneumonite doppia, gli pare di poter conchiudere che l'*acido tannico ha il potere di favorire la riproduzione dell'epitelio distrutto* o di *attivare la nutrizione dell'epitelio normale*, e perciò di opporsi alla

(1) « Bulletin général de thérapeutique », 30 Agosto, 1884

(2) « Bulletin général de thérapeutique ». 30 Ottobre, 1884.

desquammazione epiteliale. Succedanei del tannino in quest'azione sugli epitelii sarebbero, per il dott. Duboué, i sali di zinco, di piombo e d'argento, il solfato di rame, l'allume. Egli consiglia adunque che ogni individuo che debba esporsi al contagio prenda 25 centigr. di tannino due volte nella giornata, e prima del pasto; triplicando o quadruplicando questa dose qualora gli si manifestasse la diarrea premonitoria.

NOTA 1.ª

Il sig. Glasner medico pratico in B. Szarvas (Ungheria) considerando il colera come nient'altro che un processo inflammatorio locale che è determinato da un virus specifico e che si localizza nell'intestino, crede che il miglior modo di com batterlo fin da'suoi primordi sia quello di somministrare ai pazienti a dosi piccole e continuate l'oppio; come quello che da una parte calmando i movimenti peristaltici dell'intestino, riesce in modo indiretto antiflogistico; e d'altra parte eccitando in modico grado le facoltà psichiche rende il paziente meno accessibile alla paura che si sa quanto pur troppo contribuisca in parecchi casi al fatale decorso del morbo. (*Medicinisch. Chirurgische Central-Blatt*, 22 e 29 agosto 1884). È precisamente la stessa cura, sebbene non dettata dalle stesse idee, che ha proposto e sostenuto il colonnello medico dott. Tunisi in un suo opuscolo.

NOTA 2.ª

Il prof. Cantani che suggerisce l'amministrazione, al principio della diarrea, del laudano liquido per bocca alla dose di 20-40 goccie nell'infuso caldo di fiori di camomilla e foglia di noce comune, secondo la formola seguente:

Fiori di camomilla e }
Foglie di noce comune } ana gr. 10
F. inf. colata gr. 150
Agg. laudano liq. goccie 20-40.

accenna pure all'*enteroclisi* che egli chiama *una medicatura chirurgica dell'intestino*, e che praticata in questo stesso stadio prodromico « *sarebbe l'indicazione più adatta a debellare il colera ed a farlo possibilmente abortire.* » Al liquido che egli ha introdotto nell'intestino mediante questo mezzo ha aggiunto dell'acido tannico e del laudano, e dai risultati che ne ha avuto afferma di poter concludere quanto segue:
« L'enteroclisi tannica calda potrà costituire una vera cura abortiva
« del cholera. Fatta nella *diarrea premonitoria* tronca in quasi tutti
« i casi immediatamente la diarrea; fatta quando la diarrea si è già
« pronunziata come *diarrea cholerosa* essa dirada, come nessun altro
« rimedio, le dejezioni, concedendo anche in casi in cui se ne ebbero
« 5-8 di seguito in una o due ore, intervalli liberi di 6-12 ore, e riducendo
« cendo quindi assai anche le minacciose perdite eccessive di acqua, ed

« impedendo l'eccessivo prosciugamento dei tessuti. I colerosi trattati « con l'enteroclisi tannica calda non arrivano facilmente allo stadio « algido: sopravviene subito la reazione col corpo caldo e coi polsi « frequenti e forti. » La formola sarebbe la seguente:

Infuso di fiori di camomilla *litri due* a 38° centigr.		
Acido tannico	gr.	3-6
Gomma arabica	»	30-50
Laudano liquido . . .	goccie	30-50

Di questa *enteroclisi tannica calda* il dott. Perli dà un giudizio molto lusinghiero, poichè « *non teme di affermare che nella cura abortiva del cholèra essa resterà come una vera e preziosa conquista della terapia contro il terribile morbo.* » Ecco su quali ragioni l'Autore fonda il suo giudizio: « Se si considera che la diarrea è quasi sempre il primo fenomeno della malattia; se si considera che l'alcalinità dei succhi intestinali, così propizia allo sviluppo del bacillo cholerico, è maggiore nell'ultima porzione dell'intestino, e che nel colon i succhi digerenti hanno esaurito completamente la loro azione; se si riflette che spesso la diarrea cholerica prende forma dissenterica; e se si tien conto infine che le autopsie del Koch e dell'Armanni hanno dimostrato che le maggiori lesioni trovansi nelle vicinanze della valvola ileo-cecale e nel colon; allora è facile comprendere come poco si possa sperare da sostanze che in piccola dose possono traversare lo stomaco, e le quali debbono percorrere tutto l'intestino già carico di liquido per poter andare a spiegare la loro azione nell'ultima porzione di esso. »

Da tutte queste considerazioni risulterebbe incontrastabilmente la preferenza che si dovrebbe dare alla via rettale per l'introduzione dei medicamenti nel tubo digerente, e l'azione necessariamente benefica che deve avere sulle località più compromesse dell'intestino una soluzione tannica, come quella che all'azione astringente unisce l'azione antisettica. La formola adoperata dal dott. Perli è quella stessa del prof. Cantani; solo che egli consiglia di sostituire all'acqua semplice l'infuso di camomilla. (*Archivio Clinico Italiano*, 29 novembre).

L'*enteroclisi tannica calda* è stata largamente sperimentata a Napoli ed a Genova. Il prof. Maragliano che ha curato parecchi colerosi in quest'utima città col nuovo metodo, afferma che sovente una sola applicazione dell'enteroclisi tannica calda *tronca definitivamente la diarrea.* Ed il prof. Cantani aggiunge che « *se ciò non merita la denominazione di una cura abortiva, egli non sa che cosa si possa chiamare in generale cura abortiva.* (*Il Morgagni*, novembre e dicembre 1884).

Anche i clisteri tannici caldi laudanazzati sono stati suggeriti dal Cantani; e, messi in pratica, hanno pure mostrato una grande efficacia, guarendo in moltissimi casi quasi immediatamente la diarrea che si era manifestata in individui provenienti da luoghi e da persone infette.

NOTA 3.ª

Molte sostanze sono state sperimentate o proposte per combattere la diarrea, in vista delle loro proprietà antizimotiche: oltre l'acido salicilico ed il iodoformio, furono tentati il timolo, i tannici, il solfato di rame, il sublimato corrosivo. — Il prof. Bozzolo basandosi sui trovati di Koch riguardo all'etiologia ed all'essenza morbosa del cholera, ha proposto il timolo per la cura di esso durante lo stadio della diarrea premonitoria. « Vuolsi, egli dice, portare nell'inte-« stino una sostanza fortemente antisettica, acida (perchè i bacilli virgo-« lati si sviluppano in modo strabocchevole nell'ambiente alcalino dell'in-« testino), poco solubile, che vi possa essere introdotta in grande quan-« tità senza riuscire velenosa, senza alterare le funzioni dello stomaco « e dell'intestino, e che non possa venire o venga quasi punto assor-« bita o alterata nello stomaco. Il timolo possiede tutte queste pro-« prietà. » Questa sostanza era già stata sperimentata dal Bozzolo e dai professori Fiori e Graziadei come medicamento nei catarri gastrici ed intestinali accompagnati da diarrea, ed aveva dato risultati abbastanza buoni. Essa può essere amministrata senza inconvenienti fino alla dose di 12 gr. al giorno, ed è bene avvilupparla in ostie o in capsule, perchè sciolta nell'acqua o nella glicerina provoca nella bocca e nella gola un insopportabile senso di fuoco. (*Archivio Clinico Italiano*, 9 agosto 1884, N. 32).

Il sublimato corrosivo solo, fra tutte le sostanze antifermentescibili è stato proposto nella cura del cholera non già per il suo potere antifermentativo, ma bensì per le sue proprietà colagoghe. È il dott. Bonamy di Nantes che ha affermato essere questo medicamento il più razionale nella cura del cholera, basandosi su questi due fatti: che desso attiva la secrezione biliare, e che la bile impedisce la decomposizione delle materie intestinali e favorisce la fluidità del sangue. Ma il sublimato corrosivo amministrato per le vie digerenti dà luogo agli accidenti che tutti sanno, e nella malattia in questione bisogna appunto rispettare queste vie meglio che sia possibile; d'altra parte la via ipodermica non può essere impiegata perchè presenta serii inconvenienti: l'Autore quindi propone di fare delle *frizioni con unguento mercuriale sull'addome*. Così il mercurio penetra nell'organismo allo stato di bicloruro, e si hanno sulla secrezione biliare gli effetti di quest'ultimo. Egli assicura che in alcune affezioni coleriformi caratterizzate da vomiti e da diarrea bianca ha avuto da queste frizioni dei buoni risultati. (*Bulletin général de Thérapeutique*, settembre 1884).

Quanto ai *tannici*, essi devono la loro comparsa tra i mezzi curativi del cholèra a Rabuteau il quale ha preconizzato (*Société de biologie*, 19 luglio 1884) il loro impiego in vista delle loro proprietà astringenti ed antisettiche, e più ancora forse in vista dell'immunità per il cholèra di cui godono gli operai che lavorano alla preparazione di queste sostanze.

NOTA 4.ª

Anche gli *anti-emetici* ordinarj (pozione di Riverio, di De-Haën) le limonate addizionate a carbonato di calce (1-2 gr.) od a bismuto, le acque di seltz e lo Champagne con ghiaccio renderanno segnalati servigi contro i vomiti. Il prof. Grasset ne ha ottenuto buoni effetti, tanto che ha potuto in questo periodo nutrire gli ammalati con latte e brodo ghiacciati. Se dobbiamo però credere al dott. Desprez, di tutti i rimedj proposti contro i vomiti, nessuno corrisponde meglio del seguente:

Cloroformio	gr.	1
Alcool	»	8
Acetato d'ammoniaca	»	10
Acqua	»	110
Siroppo cloridr. di morfina	»	40

M. S. da pr. una cucchiajata ogni mezz'ora.

Egli sostiene che il cloroformio amministrato in questa mistura, trovandosi sciolto nell'alcool, *produce una sensazione di freschezza e nel tempo stesso di forza incomparabili*: *gli spasmi*, *le contrazioni dello stomaco cedono come per incanto:* e ascrive questi effetti all'azione che esercitano i vapori di cloroformio sulle estremità terminali dei nervi gastrici. Ma ciò non basta: il cloroformio avrebbe anche la proprietà che, per quanto piccola sia la dose usata, sospende ogni fermentazione troncando la vita dei micro-organismi; per cui si avrebbe ragione di credere che anche il bacillo-virgola di Kock ne rimanga vittima. (*Gazette Hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*, 26 luglio 1884, N. 30 e *Union médicale*, 12 agosto 1884).

NOTA 5.ª

Il dott. Lereboullet, accennando all'acetato di ammoniaca, ha tenuto conto soltanto dell'azione eccitante che questa sostanza esercita sul sistema nervoso. Ma ben più importante di quest'azione sul sistema nervoso, che può d'altronde essere ottenuta con altri medicamenti, è quella che l'acetato stesso esercita direttamente sul sangue. Grasset ha fatto osservare che l'acetato di ammoniaca ha sul sangue stesso un'azione fluidificante, il che fa di questo medicamento una preziosa risorsa terapeutica per combattere il periodo algido del cholèra, in quanto che desso si opporrebbe ai due sintomi capitali del periodo stesso, al collasso ed all'ispessimento del sangue. Resta a vedersi però, come osserva lo stesso Grasset, se l'acetato di ammoniaca, introdotto nello stomaco non si trasformi in sale, e non possa quindi entrare in circolo che sotto altra natura. Se ciò fosse, la fluidificazione del sangue per mezzo di questo agente medicamentoso sarebbe illusoria; ed è perciò che egli si domanda se in casi di cholèra gravissimo non si potrebbero

tentare le iniezioni intravenose di ammoniaca, come quelle che porterebbero direttamente nel sangue la sostanza in natura, e che ne assicurerebbero quindi l'effetto eccitante e l'azione fluidificante sul sangue. (*Gaz. medicale de Paris*, 6 dicembre 1884).

NOTA 6.ª

Questo è precisamente quello che è dimostrato dal dott. Pécholier in uno scritto intitolato: « Sull' impiego dei rimedj violenti nella cura del cholera » nel quale espone il metodo di cura di un medico francese nell'epidemia del 1854. Erano dosi enormi di laudano che questo medico propinava per bocca e per clistere ai suoi ammalati, e non solo nello stadio prodromico e nello stadio algido, ma anche nello stadio di reazione. *Il risultato* dice Pécholier, *è facile a prevedersi*: *sopraggiunto il periodo di reazione gli ammalati cadevano in un coma profondo dal quale non si svegliavano più.* Anche Netter non ha esitato ad incolpare l'oppio della terminazione fatale di parecchi casi di cholera curati all' Ospedale marittimo di Tolone dal dott. Cuneo; ed il dott. Ricklin aggiunge che se l' oppio è utile nel primo periodo del cholera, anzi nei prodromi di esso, diventa altrettanto nocivo quando si continui ad amministrarlo a periodo conclamato del cholera stesso, e specialmente poi quando si ricorra alle iniezioni ipodermiche del medicamento. Così pure il prof. Cantani afferma che *le iniezioni ipodermiche di morfina nello stadio algido ed asfittico non potrebbero che nuocere.* (*Il Morgagni*, settembre 1884). Tale non pare invece che sia l'opinione del dott. Bacchi, il quale in un suo opuscoletto edito a Bologna il 16 settembre 1884 ed intitolato: « *Una proposta ai medici sulla cura del cholera* » sostiene che l' oppio dispiega una *benefica azione specifica* contro il cholera, e perciò propone *le injezioni ipodermiche di acetato di morfina.* Ed appoggia la sua proposta coi risultati favorevoli che parecchj missionari nell' India ottennero dall' amministrazione di questo medicamento a larghe dosi.

NOTA 7.ª

A titolo di curiosità interessa far menzione di due metodi di cura che si posson dire di recentissima invenzione. L'uno, *di una semplicità ideale*, come dice l' autore, consiste nella *posizione del corpo:* « Posizione perfettamente orizzontale nei casi di media intensità, testa inclinata in basso nei casi gravi, l' una o l' altra posizione mantenute fino all' apparire della reazione. Si fa così rifluire al cervello ed al cuore tutto il sangue disponibile: questione di fisica, d'idrostatica, nient' altro Oltre la sua felice influenza sulla circolazione cerebrale, essa ha un altro vantaggio; di impedire cioè che il contenuto liquido dell'intestino graviti sull'estremità inferiore di questo e vi provochi meccanicamente

dell'infiammazione e del catarro. » (*Journal of the American Medical Association*. 18 ottobre 1884). L'Autore aggiunge però che a questo mezzo ch' egli considera come la base della cura, devonsi aggiungere altri sussidii terapeutici, quali le iniezioni ipodermiche di morfina a piccole dosi e sul principio della malattia, le inalazioni e le pozioni di cloroformio, che sono specialmente utili contro i crampi, ghiaccio, frizioni energiche, riscaldamento diretto.

L' altro metodo di cura è stato adoperato dal dott. Maj, il quale si è proposto di uccidere il bacillo-comma di Koch collo stesso medicamento col quale nella sua lunga pratica aveva parecchie volte ucciso gli anchilostomi, vale a dire, coll'estratto etereo di felce maschio, che egli « *fedelmente parlando* » asserisce abbiagli dato buoni risultati.

NOTA 8.ª

Ma secondo il prof. Luton non havvi sostanza che per injezione sottocutanea agisca più efficacemente che una soluzione di un sale neutro. È il solfato di soda, neutro, comune a quello al quale egli dà la preferenza, e lo adopera in soluzione al decimo, di cui ne injetta 10 gr. per volta mediante 2, 3, 4 punture. Queste injezioni di soluzione salina producono sull'organismo esaurito del choleroso 3 effetti principali: 1.° Un'irritazione funzionale somigliante a quella che sarebbe prodotta dalla trasfusione del sangue. 2.° Un riordinamento delle funzioni digerenti. 3.° Una depurazione attivissima del sangue per la via delle orine. *Stimolazione e depurazione adunque*, dice Luton, *ecco un atto di antidotismo diretto in massa contro un avvelenamento.*

Il prof. Maragliano nello stesso tempo che loda le injezioni sottocutanee di etere solforico, raccomanda pure le injezioni sottocutanee dei *tonici del sistema nervoso, chinino e stricnina.* E giova notare che le injezioni di chinino erano già state tentate ed elevate a metodo curativo quasi esclusivo del periodo algido dal dott. Petronio Costetti il quale già nell'agosto pubblicava nel « Bollettino delle Scienze Mediche » alcuni risultati da lui ottenuti. Dice il Costetti: « Fino dalle pri-
« me esperienze prescelsi per injezione ipodermica il chinino ad alta
« dose (6-8 gr. fino a 10, sciolto in altrettanto alcool). Per tali inje-
« zioni un terzo circa dei curati ebbero l' ascesso consecutivo, ma in
« veruno di tali esiti vi fu gravezza notevole, e tutti ottennero com-
« pleta guarigione. » (*Bullettin général de Thérapeutique*, 15 agosto 1884, *Gazzetta degli Ospitali*, 29 ottobre 1884 e *Bollettino delle Scienze Mediche*, agosto 1884, fasc. 2.°).

NOTA 9.ª

Grasset cita (« Gazette Hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier »), l'opinione di un tale il quale ha proposto che, in quei casi in cui non si possono fare, per mancanza degli apparecchi neces-

sarii, le inalazioni di ossigeno, si somministrino agli ammalati dei sali che, una volta assorbiti, siano capaci di cedere ossigeno al sangue. I clorati, dice il proponente, avrebbero questa proprietà, e il più conveniente sarebbe il *clorato di soda*, come quello che non dà luogo a quegli inconvenienti che si hanno a lamentare per il *clorato di potassa*.

NOTA 10.ª

Un notevole miglioramento susseguente molto davvicino le iniezioni intravenose è stato pure constatato dal dott. Bouveret il quale da sperimentato le iniezioni stesse in 7 casi gravissimi. Ecco come egli descrive i fenomeni che si verificano nel choleroso durante e dopo l'atto curativo in discorso: « Dopo che 200-300 gr. di liquido sono penetrati « nella vena, la respirazione diventa più ampia, più facile e più calma, « il qual fatto è dovuto molto probabilmente a ciò, che la penetrazione « di una certa quantità di acqua nella massa sanguigna la rende più « florida, aumenta la replezione del ventricolo destro ed eleva la ten- « sione nell'arteria polmonare. Quel senso di costrizione alla base del « torace che provano tutti i cholerosi, e che è così molesto, viene a « scomparire mano mano che il liquido penetra nella vena; il polso si « rialza gradatamente, e riappare alla radiale; la voce si rianima quasi « sempre verso la fine dell'operazione. Molti ammalati hanno presentato « un sudore abbondante della faccia, del tronco e delle estremità, sudore « caldo che non è paragonabile al sudor freddo dell'agonia cholerica e « che non ha un significato triste. Un solo ammalato fu preso da bri- « vido 15-20 minuti dopo l'iniezione intravenosa ed è precisamente quello « che è guarito. » Difatti dei 7 ammalati a cui l'Autore praticò le iniezioni intravenose uno non provò miglioramento di sorta, cinque furono in diverso grado sollevati, ed uno solo guarì completamente. Queste poche esperienze hanno portato l'Autore a concludere che la forma fulminante dell'attacco cholerico rende poco probabile, e fors'anche impossibile, il successo delle iniezioni intravenose. « Tuttavia anche ri- « dotto, egli dice, a soddisfare a questa sola indicazione di combattere « il colasso, l'iniezione intravenosa sarà ancora una delle più preziose « risorse della terapia del cholèra. Tutti gli altri mezzi finora impiegati « per rianimare la circolazione sono lungi dal dare risultati tanto ra- « pidi e tanto manifesti come l'iniezione venosa. » (*Lyon Médical*, novembre 1884).

NOTA 11.ª

Accanto agli esperimenti di Hayem dobbiamo porre, come non meno importanti e concludenti, quelli che il dott. A. Tibaldi medico primario dell'Ospedale Maggiore di Milano, ha intrapreso nell'agosto e settembre scorso alla Scuola superiore di Medicina Veterinaria. Gli ani-

mali su cui l'egregio dottore ha sperimentato le iniezioni intravenose erano stati tenuti vari giorni senza bevanda di sorta, e sottoposti ripetutamente all'azione di purganti salini, per modo che si avesse in essi un certo grado di inspessimento del sangue. Orbene anche da questi esperimenti è risultata la perfetta innocuità dell'introduzione nel circolo di grandi quantità di acqua clorurata, anche quando questa quantità raggiunga tale proporzione enorme da raddoppiare la massa totale del sangue. Ma nello stesso tempo il valente sperimentatore ha potuto fâr giustizia di talune obbiezioni che si facevano a questo metodo di diluzione del sangue, dimostrando che, quanto semplice e facile è l'atto operativo, altrettanto è difficile l'avere degli accidenti gravi, quando l'operazione sia condotta colle dovute cautele.

NOTA 12.ª

Sia poi questo o qualunque altro lo siero artificiale che si injetta, il dott. Duboué, dietro la convinzione che nel cholera si abbia una depitelizzazione generale delle tonache dei vasi di tutto il sistema sanguigno, consiglia di aggiungervi del tannino, alla dose di 1 gr. per litro, come quello che favorirebbe la riproduzione dell'epitelio sui vasi del sistema aortico e sulle mucose e sulle sierose a cui questi vasi si distribuiscono. Risulterebbe da esperienze da lui fatte che questa dose di tannino non produce alcun inconveniente anche quando il liquido injettato raggiungesse la dose di 8 o 10 litri. (*Bulletin Général de Thérapeutique,* 3 ottobre 1884).

NOTA 13.ª

Il prof. Nicolas-Duranty ha sperimentato all'Ospedale del Pharo di Marsiglia le iojezioni intravenose. Egli ha adoperato il liquido di Hayem, ne ha injettato 400-500 c. c., ed ha ripetuto l'injezione ogni qualvolta l'ammalato, dopo aver provato un miglioramento, minacciava di ricadere nel collasso: ma di tutti gli ammalati che egli assoggettò a questa cura neppur uno guarì. Tuttavia giova notare che egli ha tentato questo mezzo di cura sul finire del periodo asfittico, *come estrema risorsa.* Ora non è egli probabile, come dice benissimo l'Autore stesso, che fatta invece sull'incominciare di questo stesso periodo, quando l'ammalato esaurito dalle evacuazioni e dai crampi cade nel collasso, queste injezioni intravenose destino nel sistema circolatorio che non ha ancora perduta la sua elasticità, un'eccitazione, un'irritazione che ne risvegli la contrattilità e che induca quindi la reazione? Egli afferma però che se le injezioni intravenose riescono quasi inutili alla fine dello stadio asfittico, non si devono per questo praticare subito sul principio dello stadio stesso; ed aggiunge che « *si tratta di trovare quel* « *momento dello stadio asfittico nel quale l'injezione intravenosa può* « *essere praticata con qualche speranza di successo.* » (*Bulletin général de Thérapeutique*, 30 settembre 1884).

Nota 14.ª

Quanto al modo di procedere per mettere allo scoperto la vena che si è scelta per l'iniezione e metterla in comunicazione con uno di questi apparecchi, crediamo opportuno il riportare quanto ne dice Bouveret: Scelta la vena (una delle vene della piegatura del cubito o della faccia anteriore dell'avambraccio), si pratica sulla pelle, a ridosso e parallelamente all'andamento della vena stessa, un'incione, che solitamente attraversa tutta la cute e il cellulare sottocutaneo senza dar sangue: arrivati sulla vena, la si isola per un piccolo tratto del suo decorso, vi si fa passar sotto una sonda scanellata, e, sulla guida di questa un filo di seta. Sollevata così la vena, e portatala alla superficie della ferita, se ne prende tra le branche di una pinza la parete anteriore, e con una forbicina si taglia in questa parete un piccolo lembo triangolare: nell'apertura così praticata si introduce la cannula dell'apparecchio che si vuol adoperare per la trasfusione. (*Lyon médical*, 16 novembre 1884).

Nota 15.ª

Le iniezioni intraperitoneali, che sono state proposte da Hayem e da Netter sono state tentate in via sperimentale sugli animali dal prof. Alberto Riva, il quale ha potuto concluderne che le soluzioni saline ed alcaline clorurate sono benissimo tollerate, anche in gran quantità, dal peritoneo dei cani e dei conigli, e che questi liquidi vengono prontamente assorbiti. Ora, supponendo che da queste esperienze sugli animali si possa assorgere ad un confronto e ad una proporzione in riguardo all'uomo, risulterebbe che nel peritoneo di quest'ultimo si potrebbero iniettare, senza danno di sorta, e coll'esito di un pronto assorbimento, circa 4-5 litri di tali soluzioni, che equivale a dire una quantità che può facilmente rimediare alle gravi perdite che subisce il choleroso. È egli però fuori di dubbio che il liquido che viene così rapidamente assorbito nell'animale sano scompaia pure colla stessa facilità quando sia iniettato nel peritoneo di un choleroso? L'A. non ne dubita punto per il fatto che grandi quantità di liquido rappresentate da essudati patologici o da soluzioni saline iniettate sotto la cute vengono rapidamente assorbite dall'organismo prosciugato. Non solo poi le soluzioni saline sarebbero così bene tollerate dal peritoneo, ma anche liquidi variamente medicati, come soluzioni alcoolizzate, brodo, vino bianco, latte, acqua acidula, acqua ossigenata, sempre secondo le esperienze del prof. Riva, non produrrebbero grandi disturbi, donde l'utilità di potere con questi ultimi soddisfare ad un tempo a due indicazioni, a quella cioè che è imposta dalle perdite sierose, ed a quella che si esige dallo stato ordinario. Resta pur sempre però il dubbio che questa

iniezione intraperitoneale, che l'Autore non esita a ritenere come il mezzo migliore, fra tutti i proposti, per ridonare all'organismo i liquidi che esso perde incessantemente, sia dall'organismo umano e specialmente poi dall'organismo del choleroso tollerato con quella facilità con cui la tollerano gli animali.

Altre esperienze in proposito sono state fatte sugli animali dal dottor Tibaldi, il quale ha avuto risultati consimili a quelli del prof. Riva: in un caso solo, su tre, ha osservate l'insorgenza della peritonite. Egli crede però di dover tener conto di un fatto non peranco calcolato, e che potrà forse avere un'importanza clinico-terapeutica, e questo fatto è la compressione meccanica che il liquido iniettato esercita sulla vescica e sul tubo digerente. Gli effetti di questa compressione sono: un getto continuo dell'orina, e la defecazione o il vomito a seconda della maggiore o minore lontananza dall'ultimo pasto. (*Gaz. Med. It.*, 1 novembre 1884).

Altri nuovi metodi che provvedono razionalmente allo stadio algido impedendo l'eccessivo prosciugamento dei tessuti sono la *pleouroclisi* e l'*ipodermoclisi*, cioè le iniezioni intrapleuriche e sottocutanee di acqua. Il primo però di questi due mezzi non è stato sperimentato, come la laparoclisi, che negli animali: manca quindi anche ad esso quel fondamento pratico che è necessario ad un metodo sicuro ed esatto di cura. Sperimentata sugli animali dal Silva e proposta poi nella cura del cholèra dal Rusconi, questa pleuroclisi, come fa notare benissimo il professore Riva, appare irta di tanti pericoli che solo esperimenti pratici su larga scala possono decidere della sua utilità. Riguardo poi alla quantità di liquido che si può iniettare nel cavo pleuritico dei cholerosi, il Rusconi crede che non si debba stare al disotto di 700 cm. c. il che vuol dire che si può introdurre in molto maggior copia. Rimane a vedersi se tale quantità di liquido non minacci davvicino la vita del choleroso per una soverchia limitazione della superficie respiratoria.

L'*ipodermoclisi* invece, a differenza della pleuroclisi e della laparoclisi, è stata largamente sperimentata sui cholerosi nell'epidemia di Napoli, ed ha mostrato chiaramente non solo che il principio su cui essa è fondata è giusto, ma che anche l'applicazione sua pratica corrisponde alle speranze che si erano concepite.

Questo almeno risulterebbe da quanto il prof. Cantani ha raccolto da esperienze sue e de' suoi colleghi: « L'ipodermoclisi, dice l'illustre Cli-« nico di Napoli, rianima entro pochi minuti l'ammalato, ne allevia le « sofferenze, ed in ispecie i *crampi*, la *sete* e l'*ambascia*; i polsi ritor-« nano, ricompaiono le orine, e segue appresso una reazione piuttosto « mite. »

Egli ha impiegato l'acqua calda a 38° Cgr. contenente in soluzione 4 gr. di cloruro di sodio e 3 gr. di carbonato di soda per litro; ed assicura che l'assorbimento si fa *con straordinaria, incredibile rapidità*, tantochè ha veduto assorbirsi un litro e mezzo della soluzione e più in

15 minuti circa. « Con ciò, egli aggiunge, è sperimentalmente assodato « che al choleroso prosciugato si può ridare l'acqua perduta, e quindi « si può togliere di mezzo almeno questa causa di morte per cholèra, « che è oggi da quasi tutti riconosciuta come la principale. » Non sa quindi spiegare l'insuccesso avuto da taluni medici coll'ipodermoclisi altrimenti che coll'ammettere che in tali casi il nuovo metodo sia stato tentato *allorquando la paralisi del cuore era tanto avanzata e la circolazione tanto arrestata da essere finita ogni possibilità di assorbimento.* E a questo proposito fa notare come l'ipodermoclisi devesi praticare prima che il prosciugamento dei tessuti e degli organi indispensabili alla vita (muscolo cardiaco, midollo oblungato e globuli del sangue) sia arrivato a tal grado ed abbia durato tanto tempo d'aver prodotto delle alterazioni anatomiche o cliniche irreparabili, quindi *sul principio dello stadio dell' algore.* Il Cantani non è mai arrivato alle dosi che sono state consigliate per le iniezioni intravenose; anzi raccomanda di non far assorbire più di un litro per volta della soluzione salata, quantunque creda opportuno di ripeterla anche più volte, coll'intervallo di 3-4 e più ore e con quantità decrescenti di acqua, finchè l'ammalato urini e la cianosi si dissipi. Ottenuti questi intenti, la cura non è finita, ma bisognerà invece provvedere alle indicazioni che lo stato dell'infermo mano mano richiedesse, amministrando a seconda dei casi, gli eccitanti, il ghiaccio, le iniezioni ipodermiche di morfina, il massaggio, i bagni caldi, le unzioni leggiere con olio caldo, le inalazioni di ossigeno, ecc. Ed a proposito di questo ultimo l'Autore aggiunge che desse possono tornare di giovamento quando l'infermo ha riavuto l'acqua mancante, mentre prima non approderebbero a nulla. (*Gazzetta degli Ospitali*, 5, 19, 22, 23 ottobre 1884 ed il Morgagni, settembre 1884).

Gli esperimenti di ipodermoclisi praticati dal dott. Tibaldi sugli animali confermano pienamente le asserzioni del prof. Cantani. Egli infatti ha dimostrato che il liquido iniettato viene rapidamente assorbito, e che la tumefazione inflammatoria che si forma nel luogo dell'iniezione è di lieve momento e senza conseguenza. Da tutte le sue esperienze l'egregio dottore conchiude che l'*ipodermoclisi* è da preferirsi per la sua maggior facilità ed innocuità alle iniezioni intravenose ed intraperitoneali tutte le volte che la gravezza dei sintomi asfittici non minacci immediatamente la vita del paziente: quando invece questi fenomeni fossero così gravi da reclamare istantaneamente un riattivamento della circolazione, allora sarebbero preferibili le iniezioni intravenose, come quelle che con maggior rapidità raggiungono questo scopo. (*Gaz. Med. Ital.*, 1-8 novembre 1884). Questa non è l'opinione del professor Cantani, il quale invece emette questo giudizio assoluto: « Constatato da noi in modo assoluto che l'ipodermoclisi calda dà luogo ad un rapidissimo assorbimento in tutti i casi in cui la circolazione non è del tutto sospesa, è chiaro che noi abbiamo tutta la ragione di pre-

ferire alle sempre pericolose iniezioni intravenose, che inoltre interrompono la colonna sanguigna con una colonna di acqua, le nostre grandi iniezioni sottocutanee, completamente innocue, e per l'assorbimento successivo e meglio distribuito, anche più razionali, e se ben fatte, certamente anche più utili.» (*Il Morgagni*, novembre e dicembre 1884).

Un nuovo mezzo di cura è stato tentato contro lo stadio algido del cholèra da Regimbeau: la *faradizzazione del grande simpatico*, che si ottiene applicando il polo negativo della corrente faradica dietro l'angolo inferiore della mandibola, ed il polo positivo sulla colonna vertebrale. Regimbeau ha sperimentato questo mezzo su un suo collega in pieno stadio algido, quando il polso era molto raro ed appena sensibile e la pelle fredda e viscida. Dopo tre applicazioni della corrente, ciascuna delle quali aveva durato 10 minuti all'incirca, il polso e la pelle erano quasi ritornati allo stato normale. L'ammalato soccombette più tardi durante lo stadio di reazione tifosa. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier,* 26 luglio 1884.

Il prof. Semmola ha esposto all'Accademia di Medicina in questi ultimi giorni un metodo di cura che egli chiama *cura fisiologica del cholèra.* Egli intende con queste parole quel trattamento speciale che, « senza alterare l'organismo con possenti azioni biologiche farmaceutiche, si propone soltanto di aumentare in tutti i modi la resistenza dell'economia contro l'invasione successiva dell'avvelenamento cholerico ». Le basi di questo trattamento sarebbero le seguenti:

1.° Riposo assoluto e rigoroso degli organi colpiti, cioè del tubo digerente, mediante un completo digiuno. Alcune cucchiaiate di brodo sono state sufficienti in molti casi a far ricominciare le forme choleriche più gravi.

2.° Eccitare i poteri fisiologici coi bagni caldi a 38°-40° Cgr.: ma il momento opportuno per questi bagni non è già lo stadio di algore, ma bensì il primo stadio della malattia, quando l'algore non si è ancora manifestato. Gli effetti del bagno caldo sarebbero: di eccitare la rete nervosa periferica e per azione riflessa il centro nervoso della circolazione, donde un ristabilimento armonico dei rapporti funzionali fisiologici tra la superficie cutanea e la mucosa gastro-intestinale; di favorire l'eliminazione dei principii tossici che senza dubbio sono la causa dell'avvelenamento del sistema nervoso. Il bagno dev'essere ripetuto ad intervalli di 1-2 ore, e l'ammalato che ne esce deve essere avvolto in coperte di lana e confortato con bevande calde aromatiche e leggiermente alcoolizzate.

3.° Amministrare piccole dosi di oppio per rendere i centri nervosi meno sensibili all'azione invadente del principio tossico, e per averne buoni effetti sulla secrezione morbosa della mucosa intestinale.

Quanto al periodo di reazione l'Autore consiglia la cura igienica e dietetica quando la reazione si fa lentamente, la antipiretica invece se si fa bruscamente, con forte febbre. Il regime più adatto sarebbe il regime latteo.

Per i postumi poi, la cura si riassume come segue: Nell'ipostenia cardiaca le iniezioni ipodermiche di sali di caffeina; nelle sofferenze epigastriche, l'impiego dei sali di stricnina; nello stato subcianotico persistente, le inalazioni di ossigeno con piccole dosi di valeriana o di chinina per via ipodermica. (*Bulletin général de Therapeutique,* 15 dicembre 1884).

NOTA 16.ª

Il prof. Cantani raccomanda, stante la sospensione della secrezione di succo gastrico, di osservare più a lungo che sia possibile un'assoluta dieta riguardo ad alimenti, e di propinare soltanto delle limonate con pochissimo cognac e delle infusioni di fiori di camomilla e foglie di noci, a piccolissimi sorsi per volta: in seguito poi, cessati affatto e la nausea ed i conati di vomito, si potranno largire agli infermi dei brodi, a preferenza del latte che suole dapprincipio essere poco tollerato dai cholerosi, ed aggiungervi anche qualche tuorlo d'uovo e dell'acido cloridico o lattico, o del succo di limone. La birra di Monaco, o di Pilsen, l'acqua carbonica, lo Champagne gioveranno assai. Qualora poi l'iperestesia gastrica fosse tale che i vomiti e le nausee continuassero, malgrado l'amministrazione di etere, di cloradina, di liquore anodino, di acqua di lauro ceraso, allora si potrebbe ricorrere anche alle iniezioni ipodermiche di morfina. (*Il Morgagni*, settembre 1884).

BIBLIOGRAFIA

Elenco delle Memorie originali pubblicate ne' Giornali medici inviati agli *Annali universali di Medicina* (1).

Accademia medico-chirurgica di Napoli.
(Resoconto delle adunanze e dei lavori).

De Amicis T. — Di un singolare caso d'istricismo con seborrea universale. — *Notarianni M.* e *Martino A.* Rapporto intorno alla macchina del dott. Oliva. — *Albini G.* Considerazioni ed osservazioni pratiche sui collirii. — *Minervini G.* Rapporto sui lavori del dottor Serafino. — *Zigarelli S.* e *Reale N.* Sullo sciroppo di fosfo-lattato di calce e ferro del farmacista F. Forza. — *Cantarano G.* Un altro caso di colorazione bronzina delle cute per sifilide pigmentaria atipica. — *Petrone A.* Il bacillo di Koch nell'essudato della leptomeningite tubercolare. — *Pierangeli M.* La tintura di capsico nell'ascesso freddo. — *Id.* Sopra alcune nevralgie infettive. — *Bianchi L.* Ricerche sulla temperatura cefalica.

Annales de Dermatologie et de Syphilographie (Parigi).

N. 9-10. — *Besnier Ernest* et *Doyon A.* Notice nécrologique sur Erasmus Wilson. — *Doyen A.* Notice sur Hermann v. Zeissl. — *Cornil* et *Ranvier.* Histologie normale de la peau. — *Fournier A.* Observation pour servir à l'histoire des paraplegies préataxiques du tabes. — *Kedoloff.* Transmission de la syphilis par la circoncision pratiquée d'après le procédé hebraïque. — *Besnier Ernest.* L'herpétisme de M. Lanceraux. — *Barthélemy T.* Étiologie du lupus vulgaire.

N. 11. — *Balzer* et *Dubreuil.* Observations et recherches sur l'érythrasma et sur les parasites de la peau à l'état normal. — *Neisser.* La syphilis bactérienne. — *Morel-Lavallée.* Érythème polymorphe.

N. 12. — *Balzer* et *Dubreuilh.* Observations et recherches sur l'erythrasma et sur les parasites de la peau a l'état normal. — *Neisser.* La syphilis bactérienne (trad. et annoté par Diday et Noyon).

Annales de Gynécologie (Parigi).

Settembre. — *Herrgot.* Du traitement des fistules vésoico-vaginales, Méthode de Bozemann (Ottobre).

Congrès périodique international des Sciences Médicales. 8.ª Session, tenue à Copenaghen, du 10 au 17. Gynécologie et d'Obstétrique.

(1) Queste indicazioni comprendono per la massima parte il trimestre Ottobre, Novembre e Dicembre 1884.

Quanto al per...
dietetica quando la
si fa bruscamente,
gime latteo.

Per i postu...
cardiaca le l...
epigastriche ...
persistente,
chinina pe...
cembre l...

... variétés po-
... rachitique,
... mort de la
... Pozzi
... du

Il ...
succ...
diet...
poc...
noc...
na
a

scleroso e dello scleroma sifilitico ai genitali femminei e dei loro rapporti colla gravidanza, col parto e col puerperio. — *Bompiani A.* Casistica ostetrico-medica. Ematocele retro-uterino, morte. Stenosi della mitrale in gravida, morte. — *Martinetti A.* Caso di endometrite granulosa. Anemia grave per metrorragie. Cura locale. Citrato di ferro per injezioni ipodermiche come ricostituente. Guarigione. — *Tibone D.* Movimento clinico dell'anno scolastico 1883 84 nell'Istituto ostetrico di Torino. — *Doré.* (fine). Dell'influenza della temperatura sulla vita del feto e sull'andamento della gestazione. Ricerche sperimentali fatte nel Laboratorio della Clinica Ostetrica di Parigi. Traduzione della signorina Emilia Bertocchi. — *Caponotto A.* 21 casi di isterectomia totale eseguiti dal prof. G. F. Novaro. — *Negri P.* Intorno ad alcune laparotomie. — *Bruzzi A.* Prova sperimentale della migrazione esterna degli ovuli. Tesi di laurea. — *Giglio G.* Alcune osservazioni cliniche sulla medicatura endo-uterina con il bicloruro di mercurio nella infezione puerperale. — R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze. — Rendiconto del 1.° semestre 1884.

Archiv (Deutsches) für Geschichte der Medicin. (Lipsia).

N. 4. — *Schenker.* Die Pestepidemien im Fürstbisthume Basel. — *Brück Joachim.* Dietrich Brandis, der erste Brunnenarzt Driburg's. — *Tollin.* Michael Servet's Brevissima Apologia pro Symphoriano Campegio in Leonardum Fuchsium. — *Rohlfs Heinrich.* Die Aerzten als Cultur historiker.

Archives générales de Médecine. (Parigi).

Settembre (N. 9). — *Ollivier Auguste.* — La rougeole à Paris, ses progrès incessants, sa mortalité. Necessité de mesures prophylactiques. — *Brossard.* Des tumeurs solides du cordon spermatiques. — *Véron L.* Cirrhoses paludo-alcooliques. — *Comby J.* (fine). De la dilatation de l'estomac chez les enfants. — *Chaput* (fine). De la suture des nerfs. Revue critique. — *Marfan A.* Observation pour servir à l'étude du pronostic de la bronchite chez les bossus.

Ottobre (N. 10). — *Notta Maurice.* La morphine et la morphiomanie (N. 11). — *Beurnier Louis.* Étude historique et critique sur la nature anatomique des tubercules sous cutanés. — *Pellereau G. E.* D'une classification nouvelle des fièvres palustres. — *Netter* (fine). Des poisons chimiques qui apparaissent dans les matières organiques en voie de decomposition et des maladies qu'ils peuvent provoquer. — *Rénoy Ed. Juhel.* Note sur deux cas de roséole, dite typhoïde, observée dans le cours de deux affections indéterminées.

Novembre N. 11. — *Blum Albert.* Orteil a marteau. — *Lehille Maurice.* Note sur 35 cas de fiévre typhoïde, soignés à l'Hôtel-Dieu pen-

dant les 4 premiers mois de l'année 1884 et suivis de guérison (N. 12). — *De Santi L.* Des tumeurs anévrysmales de la région temporale (N. 12). — *Gibbert A.* et *Lion G.* Hématologie clinique (N. 12). — *Duplay.* Sur une forme particulière de névralgie du maxillaire inférieur guérie par la résection du bord alvéolaire.

Dicembre N. 12. — *Luton.* De la transfusion hypodermique. — *Gilbert.* Deltoïdite arguë suppurée par surmenage.

Archivio clinico italiano (Roma).

N. 37 Settembre. — Il cholera. Note e documenti (N. 38) — *Baralis Giuseppe.* Alcuni casi di dissenteria cruenta.

N. 40 Ottobre. — *Audenino Alberto.* Sul cholera. Conferenza (N. 41 e 42).

Novembre. — *Perli.* L'enteroclisi nella cura del cholera.

Archivio di Ortopedia (Milano).

Settembre. — *Margary.* Casuistica personale delle operazioni osteotomiche praticate per piedi varo-equini congeniti e piedi equini, equinivari e vari accidentali. — *Panzeri.* Osteotomie per anchilosi del cotile. — *Augustoni.* Alcuni buoni risultati del massaggio.

Bulletin général de Thérapeutique (Parigi).

N. 5. — *Grasset J.* Des diverses méthodes thérapeutiques; de l'analyse clinique et des indications en thérapeutique. — *Terrillon.* Pied plat valgus par impotence musculaire, avec manifestations douloureuses et inflammatoires au niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure (N. 6, 7). — *Danney P. G.* Préparation de la poudre de viande. — *Bonamy.* Des frictions mercurielles à hautes doses à experimenter dans le traitement du choléra.

N. 6, 30 settembre. — *Dujardin-Beaumetz.* Expériences pur la désinfection des locaux ayant été occupés par des malades atteints d'affections contagieuses. — *Duranty Nicolas.* Note sur les injections intraveineuses dans le traitement du choléra. — *De Pietra Santa Prosper.* La désinfection par l'acide sulfureux. — *Lereboullet.* Du traitement du choléra. Revue de thérapeutique française (N. 7).

N. 7. — *Dujardin-Beaumetz.* Les nouvelles médications stomacales. — *Aubert.* De l'assainissement de la caserne du 28.° de ligne à Elbeuf au moyen de l'acide sulfureux.

N. 8. — *Duboué.* Étude de thérapeutique générale à propos des indications à suivre dans la prophylaxie et le traitement du choléra asiatique. — *Terrillon.* Réflexion à propos de 35 observations d'ovariotomie et laparatonue. — *Ratimoff.* Sur les antiseptique.

N. 9. — *Dujardin-Beaumetz.* Des nouvelles médications gastro-intestinales. — *Darier.* De l'emplei de la cocaïne en thérapeutique oculaire.

— *Dujardin-Beaumetz.* Note sur une petite épidémie de choléra qui c'est produite dans les communes d'Aubervilliers et de Saint Ouen et sur les mesures prophy la ctiques employées pour éteindre les foyers épidémiques. — *Grognot.* De l'emploi du froid dans les accouchements. — *Garnier.* Un petit appendice à l'histoire du choléra de 1884.

N. 10. — *Seé G.* De la tolérance médicamenteuse. — *Roux Fernando.* Étude sur l'absinthine. — *Hayem.* Du traitement du choléra.

Comparden. Du Thym. Les propriétés thérapeutiques (N. 12).

N. 12. — *Beugnier-Corbeau.* Recherches historiques expérimentales et thérapeutiques sur la coca et sur son alcoloïde. — *Dumas Adolphe.* Note sur l'emploi de la cocaïne dans la dég'utition douloureuse. — *Wurtz Frédéric.* Sur l'antipyrine.

Bullettino della R. Accademia medica di Roma (Roma).

Ottobre. — *Brunelli.* Caso singolare di paraplegia. — *Bompiani.* Operata di prolasso d'utero. — *Scalzi I.* Lussazione scapo-omerale complicata a frattura.

Bollettino delle scienze mediche (Bologna).

Agosto. — *Costetti Petronio.* Contributo alla cura del colera. — *Gamberini Pietro.* Le pigmentazioni cutanee.

Settembre. — *Ceccherelli Andrea.* Alcune considerazioni sulle plastiche specialmente della faccia.

Ottobre-Novembre. — *Brunelli Francesco.* Cistotomia soprapubica e cistotomia perineale. — *Mazzotti Luigi.* Bronchite fibrinosa ed altre rare alterazioni in un caso di tifo addominale. — *Tizzoni Guido.* La fisio-patologia dell'epitelio pavimentoso stratificato studiata nel mal perforante plautare. — *Reali Francesco.* Ancora sulla proposta anulo-p'astica aggiunta all' erniotomia per la guarigione radicale dell' ernia. — *Medini Luigi.* Laparotomia per occlusione intestinale.

Centralblatt für Chirurgie (Lipsia).

Settembre. N. 36. — *Bonome* und *Mazza.* Uber die physiologische Wirkung des Bromoform, des Bromäthyl und des Bromäthylen.

N. 39. — *Emmert Carl.* Zur Operation des eingewachsenen Nagels.

Ottobre. N. 41. — *Schuchardt Karl.* Ein behaarter Rachenpolyp.

N. 43. — *Burckhardt H.* Ueber die Extirpation der Kropfcysten.

Novembre. N. 44. — *Neelsen I.* Rapide Wuchermag und Ausbreitung eines Mammacarcinoms nach zwei sehweren Erysipelanfällen von 15 resp. 10 tägiger Dauer.

N. 45. — *Schaechter.* Eine Modifikation des Brisement forcé bei der Streckung kontrahirter Kniegelenke.

N. 48. — *Kraske.* Ueber die Entstehung sekundärer Krebsgeschwülste durch Impfung

Dicembre. N. 49. — *Lauenstein*. Zwei Fälle von Lipom des Kniegelenks.

N. 50. *Löbker Karl*. Ueber die Kontinuitätsresektion der Knochen behufs Ausführung sekundärer Lehnenund Nervennaht.

N. 52. — *Kurz*. Eine chirurgische Nadel, die immer eingefoldel bleibt. Ein kleines antiseptisches Taschenbestek.

Centralblatt für klinische Medicin (Lipsia).

Settembre. N. 36. — *Müller Friedrich*. Beobachtungen über Antipyrin.

Dicembre. N. 49. *Schmitz*. Beiträge zur Kenntniss der Wirkung des Arbutins.

N. 50. — *Schwarz Emil*. Klinische Beobachtungen über Naphtalin.

Centralblatt (Medicinisch-Chirurgisches) (Vienna).

Settembre. N. 36. — *Kroczak Ferdinand*. Die Inhalations Therapie bei den Krankheiten der Respirations Organe (N. 37, 38, 39, 40, 41, 44, 45). — *Weiser M. E*. Seeklima und insulare Mortalität (N. 39, 41, 42, 48). — *Koch R*. Ueber die Entstehungsursache der asiatischen Cholera (N. 37, 38, 39, 40, 41, 42, 42).

Ottobre. N. 42. — *Meynert Theodor*. Schilderung der successiven Entwicklung der zur Zeit bestehenden Einrichtungen und Verhältnisse der psychiatrische Station des k. k. allgemeines Krankenhaus in Wien.

N. 43. — *Kaposi*, Ueber das D. Hebra'sche Wasserbett.

N. 44. — *Jürgensen*. Ueber genuine Pneumonie. — *Gruber Jos*. Bericht pro 1882 der Klinik der Ohrenkrankheiten (N. 44, 46).

Novembre. N. 45. — *Koch R*. Ueber die Entstehungsursache der asiatischen Cholera (N. 46).

N. 46. — *Valenta*. Letalendender Kaiserschnitt nach Porro ob osteomalacischen Becken (N. 47).

N. 47. — *Svetlin*, Anstaltsbehandlung oder häusliche Pflege der Geisteskranken (N. 48, 49, 50, 51, 52).

N. 48. — *Kisch*. Die Cur der Fettleibigkeit in Marienbad. — *Neumann J*. Aus dem Berichte pro 1882 der Klin k und I Abtheilung für Syphilis (N. 49, 50, 51, 52).

Dicembre. N. 49. — *Thomayer Jos*. Zur Diagnose der acuten Miliartuberkulose (N. 50 51).

N. 50. — *Ast*. Geburstshülfliche Mittheilungen.

N. 51. — *Thomayer J*. Ueber Urämie bei reichlicher Diurese (N. 52).

Gazette des Hopitaux (Parigi).

Settembre. N. 101. — *Terrillon*. L'hypertrophie simple du corps thyroïde, le goître et les variétés. — *Bérenger-Féraud*. Considérations sur l'histoire et la géographie de la fièvre jaune (N. 102, 104, 107). — *Desmaroux G*. Pneumo-thorax idiopathique.

N. 102. — *Potain.* Trois cas de fièvre typhoïde.

N. 103. — *Hardy.* Symptomatologie et traitement de la cirrhose hypertrophique. — *Trélat.* Épithélioma de la muqueuse anale. Arthrite suppurée et fongosités de l'articulation du coude. — *Guermonprez.* Des sections contuses (108, 111). Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). Publié par ses fils les docteurs *A.* et *G. Léon Dufour* (106, 110, 112, 116, 122, 136, 139, 145).

N. 104.— *Humbert.* Ostéosarcome du fémur. — *Charcot.* Un cas d'hystéro-épilepsie.

N. 105. — *Verneuil.* Ulcération syphilitique du voile du palais, division, staphylonaphie. — *Boissaire.* Hémorragies de la paume de la main. Avantages de la pince hémostatique.

N. 107. — *Rendu.* De la dipthérie.

N. 108. — *Jaccoud.* La maladie de Bright, les albumines de l'urine, traitement de l'albuminurie brightique (111, 113, 117). — *Trélat.* Hernie inguinale et hernie crurale.

N. 110. — *Hardy.* Tumeur cérébrale de nature incertaine. — *Proust A.* Rapport au Ministre du Commerce sur la situation de l'épidémie cholérique en France.

N. 113. — *Maillot F. C.* Mot dernier sur les fièvres de l'Algérie. — *Trélat.* I. Rupture aponévrotique, hernie musculaire. II. Epithélioma de la paupière inférieure. — *Bigos H.* Accouchement provoqué au huitième mois (116).

Ottobre, N. 114. — *Potain.* I. Accidents cérébraux. II. Péricardite et bronchô-pneumonie.

N. 116. — *Hardy.* L'asthme et son traitement (N. 119). — *Malvert.* Hernie traumatique.

N. 117. — *Trélat.* I. Luxation intra-coracoïdienne de l'humerus. II. Abcès froids. — *Fort.* Cexalgie à la dernière période, résection, guérison. — *Dufour Léon.* De la fièvre intermittente à type biquotidien comme signe prémonitoire d'une affection plus on moins grave concomitante et insidieuse.

N. 118. — *Landouzy.* Hémiplégie droite syphilitique secondaire. — *Mathieu.* Du cancer précoce de l'éstomac. — *Guermonprez H.* Squirho atrophique à evolution rapide (N. 127).

N. 119. — *Trélat.* I. Tanne du sourcil. II. Cancroïde du front, bénignité et malignité des épithéliomes. — *Dufour Léon.* Contribution à l'étude des fractures du col du fémur.

N. 120. — *Trélat.* I. Traumatisme du globe de l'oeil, énucléation. II. Tubercolose pulmonaire et osseuse. III. Un cas de phymosis congénital. IV. Tumeur hématopurulente sous-péctorale. — *Vigot.* Quelques mots sur les épanchements pleurétiques (N. 122, 123, 125, 126).

N. 121. — *Kirmisson* et *Terrillon.* Arthrotomie du genou. — *Nicolas.* De l'arthrotomie antiseptique en général.

N. 122. — *Hardy.* Fièvre typhoïde on méningite.

N. 123. — *Trélat*. I. Hernie irréductible; réduction. II. Tumeur carcinomateuse de la glande mammaire.

N. 124. — *Déjénne*. Paralysie alcoolique. — *Nicolas A.* De divers procédés de pansement antiseptique mis en usage dans les opérations d'arthrotomie. — *Tharewards*. Guérison de l'épilepsie en Angleterre.

N. 125. — *Trélat*. I. Tumeur hématique du genou. II. Division de la voûte palatine, uranoplastie.

N. 126. — *Landouzy*. Epanchements pleuraux et tubercolose. — *Gibier*. Contribution à l'étude étiologique du choléra. — *Blondel Albert*. De la valeur thérapeutique de l'albuminate de fer en tant qu'eménagogue.

N. 127. — *Hardy*. Ascite secondaire.

N. 128. — *Trélat*. Cancer du rectum, colotomie lombaire. — *Rendu*. De la cyanose. — *Lautré*. Intoxication cantharidienne par le vésicatoire.

N. 129. — *Bouley*. De la tubercolose au point de vue chirurgical (Des portes d'entrée de la tubercolose; inoculation par inhalation et par ingestion; inoculations par voies génitales et urinaires; localisations sécondaires et généralisation).

N. 130. — *Maillot I. C.* Appendice à mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie (N. 133). — *Terrillon*. Hernie de la ligne blanche. — *Lanoaille de Lachèse*. Tarassis (N. 133, 134).

N. 131. — *B.... M. A. Fauvel*. — *Potain*. Insuffisance tricuspidienne. II. Insuffisance aortiqne de la valvule mitrale, épanchement péricardique. — *Reliquet*. Fistules urétrales non urinaires (N. 137, 141, 146). — *Moricourt*. Traitement prophylactique et curatif du choléra.

N. 132. — *Coudray Paul*. Des localisations externes de la tuberculose; conditions de l'intervention chirurgicale. — *Girard*. Études sur le rôle de la pepsine el de la pancréatine dans la digestion.

N. 134. — *Fournier*. La période préataxique des tabes d'ongine syphilitique (N. 137, 140, 146). — *Faunel Ch.* De l'anesthésie produite par le chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse pharyngienne et laryngienne.

N. 135. — *Charcot*. Sclérose latérale amyotrophique — *Renou*. — Application de la méthode antiseptique ou croup et à l'angine couenause. — *Mallez*. Besoins envie d'uriner.

N. 136. — *Rivière*. Étude statistique sur le choléra dans les hopitaux civils de Paris, depuis le début de l'épidémie jusq'à ce jours. — *Hubert*. Epithélioma ou scrofulide. (N. 140, 149, 150).

N. 137. — *M. Fonssagrives* (cenno necrologico).

N. 138. — *Potain*. Syphilis cardiaque et renale. — *Portalier*. Du pansement après les tailles périnéales. — *Bottard*, *Vallin* et *Carron*. Des injections hypodermiques d'eau de mer albumineuse chez les choleriques. — *Boëckel Eugène*. Goitre sarcomateux énorme: extirpation. Guérison parfaite pendant plus de 3 ans. Puis récidive du sarcome dans la cicatrice. Nouvelle extirpation et guérison.

Dicembre N. 139. — *Legrand de Saulle*. Les maladies de la mémoire.

— *Fort.* *Observation* prouvant l'utilité de la revue générale de tous les organes du corps pour pouvoir arriver au diagnostic.

N. 140. — *Courserant H.* De l'emploi du chlorydrate de cocaïne comme moyen antiphotobique dans certaines affections oculaires.

N. 141. — *Hardy.* Mal plantaire; étiologie et pathogénie. — *Renou.* Traitement de la diphterie par l'inhalation de vapeurs antiseptiques.

N. 142. — *Moricourt.* Sur la préservation des ouvriers en cuivre pendant l'épidémie cholérique de 1884. — Un mot sur la prétendue immunité des vidangeurs et des égoutiers. — *Vernon Pol.* De la poudre de viande et de son action thérapeutique.

N. 143. — *Desprès.* Corps étrangers de la mamelle. Abcès consécutif. Développement de contracture hystériformes. — *Rendus.* Prophylaxie et traitement médical de la diphtérie.

N. 145. — *Gibier Paul.* Le virus des chancres et bubons vénériens non syphilitiques.

N. 146. — *Doyen E.* Recherches sur la présence des bactéries dans les viscères des cholériques.

N. 147. — *Hardy.* Cancer de l'estomac. — *Jaccoud.* Arthrite rhumatismale de la région cervicale compliquée de méningite; paraplégie. — *Després.* Fausse articulation du bras, suite d'un fracture mal réduite; résection et coaptation de fragments. — *Ménière.* Tumeur épithélial du conduit auditif externe, repullation rapide; opération: guérison.

N. 149. — *Verneuil.* I. Fistules inguinales doubles, urinaire et purulente d'origine tuberculeuse. II. Épithélioma de la paupière, recidive cervicale ganglionnaire.

Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Montpellier.

N. 36. (Settembre). — *Chalot V.* (*fine*). De la détermination des points d'emergence des artères fessière, ischiatique et honteuse interne pour la ligature de ces vaisseaux. — *Saussol.* Considérations cliniques sur les emissions sanguines dans les pneumonies aiguës et les fluxions de poitrine de nature catarrhale. (37).

N. 37. — *Grand.* Le Choléra et les théories microbiennes.

N. 38. — *Dumas.* Du feu dans les arthrites chroniques graves, et notamment dans l'arthrite du genou (39). — *J. G.* Larves de mouche doveloppées dans le sac congénital, destruction partielle du globe oculaire. Observation par M. Richard. Notes.

N. 39. *Brousse A.* Congestion pulmonaire d'origine cardiaque; asphyxie imminente; saignée; guérison rapide. Osservation et réflexions.

N. 40. — *Grynfelt.* Luxation pathologique unilatérale droite en avant de l'atlas sur l'axis; ankylose complète des deux premières vertèbres entre elles et de l'atlas avec l'occipital. — *Dubrueil.* Gomme volumineuse de la jambe.

N. 41. — *Espagne.* Observation de choléra précédé d'une indigestion et compliqué d'un coup à la tête et d'une douleur lombaire à cause

restée inconnues. — *Lapeyre.* Du phlegmon des gaînes synoviales tendineuses des fléchisseurs de la main. (42, 48, 44, 45, 46, 47).

N. 42. — *Dubrueil.* De quelques complications des luxations congéniales de la hanche.

Novembre. N. 44. — *Estor et Launegrace.* Rapport a M. Benoît Doyen de la Faculté de Médecine, sur la Délégation des Médecins et des Étudiants de Montpellier pendant l'épidémie cholérique de Toulon. — *Ducloux Paul.* Le choléra à Cette.

N. 45. — *Gayraud E.* Hématocèle de la tunique vaginale guérie par la ponction et l'injection iodée. — *Mossé.* La dilatation gastrique et son rôle pathogénique. — *Proust.* La prophylaxie sanitaire maritime des maladies pestilentiolles exotiques (peste, fièvre jaune, choléra). N. 46.

N. 48. — *Bourras.* Considérations étiologiques sur l'épidémie de cho. lera de Pompignan (septembre-octobre 1884. — *Zborawski.* Canule a tampon du D. Frendelenburg.

Dicembre. N. 49. — *Carrieu.* Encéphalopathie et rhumatisme. — *Chalot.* De la chirurgie de l'abdomen. (N. 50).

N. 50, — *Keinschmidt.* Deux observations sur les effets du chlorhydrate de cocaïne.

N. 51. — *Serre St. H.* Papillome inseré sur la face supérieure de la corde vocale inférieure gauche: Thyrotomie. Arrachement. Guérison. — *Regimbeau.* Étude d'électrothérapie à propos de l'ouvrage du professeur Erb.

Gazette médicale de Paris. (Parigi).

N. 36 (settembre). — *Fabre Paul (continua).* Sur le mycosis fungoïde. — *De Sinéty.* Albuminurie et purpura dans le cours d'une syphilis secondaire. — *Ricklin E.* Pathologie du rein et des voies urinaires. Revue des journaux (37).

N. 37. — *Raymond.* Des localisations méningées et encéphaliques des affections catarrhales. — *Dalché P.* Myome utérin à volume variable.

N. 38. — *Dubrueil.* Plaie du poumon. Hémo-pneumo-thorax. Thoracocentèse. Pleurotomie. — *Berthod Paul.* Triple angiome de la langue traité par les injections de tannin an 1|10° et le thermo-cautère.

N. 39. — *Grancher J.* De la contagion du choléra. — *Dunoyer.* Aphasie transitoire toxique.

N. 40. — *Letulle Maurice.* Note à propos d'un cas de phlébite rhumatismale.

N. 41. — *Delore.* Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse. — *Ferrand J.* Chorée respiratoire à formé apneique. — *Toupet.* Du rhumatisme oculaire.

N. 42. — *Bouilly.* Du traitement des ganglions tuberculeux. — *Fabre Paul.* Éruption eczémateuse provoquée par l'application d'une pommade à l'iodoforme chez un syphilitique. — *Cartaz.* De la paralysie vésicale consécutive à l'usage de l'acide phénique en pansements. — *De Ranse.* Des méthodes de recherches en épidémiologie.

N. 43. — *Pozzi S.* L'internat des femmes. — *Id.* Note sur deux cas d'adénomes du rectum, l'un sessile, l'autre pédiculé, chez des adultes. — *Berthod.* Énorme hématocèle de la tunique vaginale, recision de la poche. Castration. Guérison. — *Cartaz A.* De la pneumotomie (N. 44).

Novembre N. 44. — *Renaut J.* La pleurésie tuberculeuse phthisiogène d'emblée. (N. 45). — *Delché.* Cirrhose hépatique récidivante chez un syphilitique, mont, autopsie.

N. 45. — *Trélat.* L'internat des femmes. — *Berthod.* Adénome kistique suppurée de la joue gauche: ponction ouverture spontanée, guérison.

N. 46. — *Trélat.* Sur un cas de fistule stercorale. — *Merle.* De la coniase biliaire et de ses symptômes. (N. 47). — *Berthod.* Note sur quelques observations de lymphangite du membre supérieur.

N. 47. — *Dubrueil.* Plaie du poumon. Hémo-pneumo-thorax. Thoracentèse. Pleurotomie. — *Brousse A.* Deux cas de lésion cérébrale.

N. 48. — *Abadie.* Des opérations qui se pratiquent dans un but d'esthétique sur les yeux perdus, difformes et douloureux. — *Von Ermengein.* Recherches sur le bacille-virgule du choléra asiatique. — *Bergeron.* M. Fauvel. Notice nécrologique.

N. 49. — *Doléris J. A.* I. Considérations sur la rigidité de l'orifice utérin pendant le travail. II. Étude sur la rigidité du col d'origine syphilitique. (N. 50, 51, 52). — *Czarda G.* Des corps étrangers du nez et des concrétions calcaires.

N. 50. — *Joli L.* Études comparatives sur la résistance au refroidissement de l'étoffe en plume.

N. 51. — *Albertus.* La poésie médicale.

N. 52. — *Renaut J.* Note rur le gliome neuroformatif et l'équivalence nerveuse de la névrolie.

Giornale della R. Accademia di Medicina (Torino).

Settembre. N. 36. — *Tonoli Stefano (continua).* Sulla salicina e sui preparati salicilici (N. 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 49, 50, 51).

N. 37. — *Trevisan Vittore.* A proposito del bacillo del cholera. — *Koch* o *Pacini?* Intorno al modo di agire del bacillo nel corpo umano.

N. 39. — *Cameron Charles.* Del microbo del cholera e dei metodi di osservarlo. Discorso letto nella Sezione d'Igiene del Congresso annuale dell'Associazione Medica Brittannica, adunatasi in Belfast, nel luglio ed agosto 1864. (N. 42). — *Koch Rob.* Il Cholera. Conferenza tenuta a Berlino il giorno 26 luglio 1884. Traduzione. (N. 41).

N. 41. — *Trevisan V.* Il batterio del cholera è un vibrione non un bacillo; è agente esogeno e causa occasionale della malattia, non agente endogeno e causa assoluta. (N. 42). — *Petrone A. M.* Sulla trasmissione della sifilide agli animali.

N. 43. — *Tansini Iginio.* Sopra una estirpazione di gozzo voluminoso. — *Grocco P.* Note raccolte presso il prof. M. Rosenthal in Vienna. (N. 48).

Novembre. N. 44. — *Truzzi E.* Placenta centralmente previa; emorragie gravi nel corso dell'8° mese, morte della madre e del feto a travaglio appena iniziato; parto spontaneo *post-mortem*. — *Tibaldi A.* I processi proposti per diluire il sangue dei cholerosi. (N. 45).

N. 45. — *Cagnoli M.* La naftalina nella diarrea. — *Petrone M.* I processi proposti per diluire il sangue dei cholerosi.

N. 46. — *Mazzucchelli A.* Erniotomia inguino-scrotale e resezione dell'ansa intestinale cancrenata: enterorafia: guarigione. (N. 47). — *Maj I.* L'estratto etereo di felce maschio nella cura del cholera. — *Bareggi C.* Sui microbi specifici del vaiuolo, del vaccino e della varicella. (N. 48, 49, 50, 51, 52).

N. 47. — *Grassi B.* e *Calandruccio S.* L'anguillola. *(Rabdonema).*

N. 48. — *Beretta E.* e *Minola G.* Annotazioni cliniche e terapeutiche sul cholera. (N. 51, 52).

Dicembre. N. 49. — *Grasselli Giovanni.* La Cocaina nella terapia oculare. — *Pierd'Houy.* La cocaina in oculistica. — *Longhi G.* L'idro-clorato di cocaina in otojatria.

N. 51. — *Orsi Fr.* Breve rettifica d'una rettifica.

N. 52. — *Trevisan V.* Ultime parole sulla questione se il bacillo virgola sia stato prima di Koch osservato da Pacini. — *Gemma A. M.* Rendiconto statistico nosologico della sezione medica nell'ospitale Mellini in Chiari durante l'anno 1883.

Gazzetta medica italiana Provincie Venete (Padova).

Settembre. N. 36. — *Bonuzzi Pietro.* L'anchilostomiasi e l'anchilostoma nella provincia di Verona. (N. 37, 39, 40). — *Benvenisti M.* Vecchiaia naturale, anticipata e ritardata (longevità), in relazione colla cardio-arteropatie.

N. 37. — *Borgherini A.* Dei processi infettivi anomali.

N. 38. *Covin Napoleone.* Due casi di angina pectoris. — *Benvenisti M.* Alcoolismo cronico in relazione colle cardio-arteropatie.

N. 39. — *De-Giovanni A.* Pensieri intorno al cholera indiano.

N. 40. — *Benvenisti Moisè.* Accidenti gravido-cardiaci. — *Bolzoni G.* Sul valore diagnostico della numerazione dei battiti cardiaci fetali.

N. 41. — *Cavazzani Guido.* Due casi di estirpazione dell'utero. (N. 42, 43).

N. 42. — *Galeno A.* Sopra un caso di echinococco del midollo spinale.

N. 43. *Ellero Lorenzo.* Raptus melancholicus. Studio psico-patologico e medico-legale. (N. 44).

Novembre. N. 45. — *Bassini Edoardo.* Serramento cicatriziale delle mascelle, guarito colla istituzione d'una nuova articolazione.

N. 46. — *De-Giovanni A.* Casi rari di malattie dell'addome. (N. 47, 48).

N. 47. — *D'Ancona N.* Nevrite ascendente del radiale sinistro, successiva a trauma: guarigione.

Dicembre. N. 49. — *Luzzatto Beniamino.* Casi di pleurite purulenta. (N. 50).

N. 50. — *Borgherini A.* Della pulsazione vaginale come segno di gravidanza. Nota clinica. — *Patella V.* La cairina e l'antipirina. (N. 51, 52)

N. 51. — *Carazzi D.* Gli studi sul cholera alla Spezia.

Gazzetta degli Ospitali (Milano).

Settembre. N. 71. — *Buzzacchi.* Prima ovariotomia felicemente eseguita in Mantova.

N. 72. — *Nicolai Vittorio.* Chirurgia laringoscopica.

N. 73. — *Romiti.* Rudimento di organi di Jacobson nell'uomo adulto. — *Grassi B.* Intorno ad una malattia parassitaria.

N. 74. — *Grocco.* Di alcune rare complicazioni o successioni morbose della pleurite. (N. 75, 76, 79). — *Bareggi.* Il bacillo virgola. (N. 75, 76, 78, 79, 80).

N. 77. — *Grassi B.* Contribuzione allo studio del bacillo-virgola. (N. 78).

N. 79. — *Barduzzi D.* Diabetiti o dermatosi diabetiche. (N. 80).

N. 80. — *Cantani.* Ipodermoclisi. Lettura. — *Bortolazzi Antonio.* Tetano per traumatismo ipodermico.

N: 81. — *Schivardi Plinio.* Migräne Stift. (N. 82). L'esposizione d'Igiene di Londra. (N. 82). — *Cocci.* Sulla influenza della risipola sul tracoma. — *Bareggi.* Modificazione all'allestimento dei preparati microscopici tinti con colori di anilina, allo scopo di renderne più perfetta e durevole la conservazione.

N. 82. — *Bonome A.* L'acetonemia in alcune malattie chirurgiche di natura infettiva. — *Bianchi A.* L'ascoltazione della percussione. — *Giovanetti P. T.* Dei medicamenti esplosivi.

N. 83. — *Chiminelli L.* Le dispepsie e le acque minerali. (N. 85, 86, 87). — *Ceccherelli.* Due casi di angioma curati con la compressione e la galvano-puntura. — *Pernice.* Il sublimato corrosivo in oculistica. — *Guaita.* Luigi Somma. (Necrologia).

N. 84. — *Riva.* La ipodermoclisi, le iniezioni pleurali (pleuroclisi) e le iniezioni peritoneali (laparoclisi) contro il colera. (N. 85, 86).

N. 85. — *Zambeletti L.* L'arseniato di ferro solubile o arseniato di ferro citro-ammoniacale.

N. 86. — *Maragliano.* Sulla terapia e patologia del colera. (N. 87) — *D'Ambrosio.* Un caso di ranula sopraioidea. (N. 87, 88). — *Romei.* Un dito a scatto.

N. 87. — *Romei.* Un dito a scatto.

N. 88. — *Valsecchi.* L'idroterapia nel colera. — *Cantani.* L' enteroclisi tannica come cura abortiva del colera. — *Romei.* Un dito a scatto.

N. 89. — *Murri.* Febbre e antipiretici. — *Caruso.* Sul potere antifebbrile dell'antipirina. (N. 90, 91).

N. 90. — *Carrara Giuseppe.* Sopra un caso di sifilide in donna gravida, causa di precoce infezione del feto e di distocia materna. (N. 91).

N. 91. — *Tansini.* Laparotomia violenta, gastrorafia, guarigione. — *Lombardini.* Ricordi della Clinica medica di Firenze.

N. 92. — *Schivardi.* L'asèttolo. — *Ceci* e *Klets.* Sull'etiologia del colera asiatico.

N. 93. — *Petrone L. M.* Sul colera. Studi sperimentali. — *Rasori Enrico.* Ulcero duro dell'interno della narice destra. — *Turazza Guido.* Sulle varie maniere di comportarsi della placenta in seguito all'aborto. (N. 94).

N. 94. — *Maragliano E.* La publica profilassi del colera in rapporto alla sua etiologia. (N. 95, 96, 103, 104). — *Manciati.* L'iodoformio nel puerperio e nella ginecologia. (N. 95).

N. 95. — *Taruffi C.* La laurea in medicina.

N. 96. — *Bizzozero.* Contribuzione allo studio delle produzioni leucemiche. — *Ceccherelli Andrea.* Il serramento delle mascelle. Storia clinica e considerazioni. (N. 97).

Dicembre. N. 97. — *Rusconi.* L'asma, la febbre ed il catarro del fieno. — *Couillaux.* L'odontojatria all'Esposizione di Torino.

N. 98. *De Magri* e *Denti.* La cocaina nella chirurgia oculare. (N. 99, 100, 101, 102). — *Nerici.* Tumore cistico voluminoso della parete addominale.

N. 99. — *Schivardi.* L'ospitale mauriziano a Torino. — *Perroncito E.* Una rettifica a proposito delle cellule e dei parassiti in Patologia. — *Nieri Nicolino.* Estirpazione totale dell'estremità inferiore del retto per cancro. (N. 100).

N. 101. — *Ciarrocchi.* Stomaco a clepsidra. Tumore cerebrale. Sulle lesioni del centro ovale del lobo temporale e dell'insula del Reil sinistra. (N. 102, 103). — *Orsi.* Breve rettifica d'una rettifica.

N. 103. — *Corradi A.* La Laurea in medicina.

N. 104. — *Mingazzini.* — Sull'azione mista dell'antipirina e della cairina.

Giornale della R. Accademia di Medicina. (Torino).

Agosto. N. 8. — *Sonsino.* La filaria sanguinis hominis osservata in Egitto, e gli esperimenti intorno al suo passaggio nelle zanzare ed in altri insetti ematofagi. — *Id.* Ricerche sullo sviluppo della *Bilharzia haemotobia.* — *Falchi.* Stafilomi corneali. — *Id.* Contribuzione anatomica e clinica alla cataratta di Morgagni. — *Lombroso.* Sul mancinismo motorio e sensorio nel sano, nel pazzo, sordo-muto, cieco-nato e nel criminale. — *Giacomini.* Annotazioni sopra l'anatomia del Negro (terza Memoria) N. 9-10. — *Capon.* Alcune osservazioni sulla disposizione delle vene dorsali della mano.

Settembre-ottobre. N. 9-10. — *Bordoni.* Osservazioni sperimentali sul decubito.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. (Milano).

Fasc. V. *Tommasoli.* — Del reumatismo blennorragico. — *Soffiantini* Ulcero fagedenico con emoraggia grave uretrite, iscuria, prostatite sup-

purata, puntura capillare della vescica, fungo benigno del testicolo sinistro, guarigione.

Novembre, Dicembre N. 6. *Gamberini.* — Compendio dell'opera del Luisini, la quale contiene gli scritti degli antichi sifilografi italiani. — *De Amicis T.* Di un singolarissimo caso d'istricismo con seborrea universale. — *Andronico.* Gli ascessi della glandola dell'Huguier e le sue conseguenze.

Giornale di Medicina militare (Roma).

N. 9. Settembre. — *Cantelli.* Allacciatura dell'arteria succlavia destra per aneurisma diffuso determinato da lesione dell'ascellare. — *Franchini.* Il jodoformio nella cura della tisi polmonare. — *De Renzi.* Aneurisma popliteo da ateromasia guarito colla compressione digitale.

N. 10. Ottobre. — *Fresa A.* Studio critico-clinico sulla pulmonite crupale (N. 12).

N. 11. — *Baroffio F.* Terza conferenza internazionale della Società di soccorso ai militari feriti ed ammalati in guerra (Croce rossa).

Dicembre N. 12. — *Coccone M.* Analisi di alcune acque potabili della città di Ravenna.

Giornale della R. Società italiana d'Igiene (Milano).

N. 7 8. — *Zucchi C.* Alcuni riflessi intorno al progetto di legge sugli alienati e sui manicomi.

N. 9-10. — *Zucchi C.* Il colera in Italia nel 1884. — *Rossi C.* Misure difensive contro l'importazione del colera in Europa. — *Volpe L.* Confronto fra il latte vaccino ottenuto durante continuo, eccessivo, prolungato lavoro, e quello avuto durante il riposo. — *Pagliani L.* e *Rastelli A.* Progetto di risanamento della città di Torino. — Progetto di regolamento edilizio per la città di Milano.

Journal d'Hygiène (Paris.

N. 416. (11 settembre). — *Bénin Emile.* Le choléra depuis les temps antiques jusqu'à nos jours. (N. 417, 418).

N. 418. (25 sett.). — *De Pietra Santa Prosper.* La Désinfection par l'acide sulfureux.

N. 419. (2 ottobre). — *Husson C.* Le pain et les farines dans l'antiquité et à l'époque moderne (N. 421, 423. 424, 425, 426, 429). — *Coriveaud A.* Petite Epidemie de cholera nostras a Blaye (Gironde). — *Jamin.* Jean-Augustin Fresnel. (1788-1827).

N. 421. — *Rouxel.* Richesse et population. — *De Fournes.* Conditions climatériques et état sanitaire actuel de l'isthme de Panama.

N. 423. — *De Pietra Santa.* Res Parisienses. L'assainissement de la Seine devant l'Académie de Médecine et devant le Conseil général de la Seine.

N. 426. — *De Pietra Santa.* L'assainissement de Paris. Tout à l'égout. Tout à la mer.

N. 428. — *Marie Davy.* Tout à l'égout, rien à la Seine. — *De Pietra Santa Joseph.* Le casernement des troupes.

Lyon médical. (Lione).

N. 36 Settembre. — *Ferrand.* Désinfectants et aseptiques au point de vue du choléra (37). — *Pollosson.* Anomalies de développement et tumeurs. — *Rochas F.* Les schizophytes parasites de l'homme et des animaux (37, 38, 41).

N. 37. — *Reboul Charles.* Le convallaria maïalis, son action physiologique sur le coeur (38).

N. 38. — *Diday.* Note sur la réceptivité.

N. 39. — *Bouveret* et *Épaivier.* Épilepsie jacksonienne dans un cas de lésion sous corticale. — *Boinet.* Hernie musculaire du moyen adducteur gauche. — *Renaut.* La mobilisation médicale et le choléra.

N. 40. — *Aubert P.* Deux observations d'opthalmie blennorrhagique atténuée. — *Bonzol.* Relation d'une épidémie à phénomènes hystéro-choréiques observée à Albon (Ardèche) en 1882 (N. 41, 42). — *P. A.* L'acidité des fruits.

N. 41. — *Rodet.* Étude expérimentale sur l'ostéomyélite infectiense.

N. 42. — *Tripier R.* Contribution à l'étude du pouls veineux. — *Lépine R.* et *Guérin.* Sur la présence d'alcaloïdes toxiques dans l'urine et dans certains liquides pathologiques. — *Pollosson Maurice.* Les abcès froids tuberculeux d'aprés Nichet.

N. 43. — *Diday.* Le vaccin pilifère. — *Bard L.* Note sur le cancer précoce de l'estomac. — *Aubert.* Gonorrhaea insontium.

Novembre N. 44. — *Arloing.* Nouvelles expéricences comparatives sur l'inoculation de la scrofule et de la tuberculose de l'homme au lapin et au cobaye. — *Cazeneuve.* A propos de la proportion du protoxyde d'azote. — *Cotton.* Action des métaux sur l'hydrate de chloral.

N. 45. — *Bouveret.* Injections intra-veineuses d'eau salée dans le traitement du choléra (N. 46, 47). — *Laurencien.* Effets thérapeutiques du chlorhydrate d'apomorphine en injections sous cutanées dans l'hystéro-épilepsie. — *Diday.* Le droit à l'internat.

N. 46. — *Roux.* Études étiologiques sur une épidémie locale de fièvre typhoïde à 1000 métres d'altitude (N. 47). — *Lépine* et *Fournie.* Sur l'emploi en thérapeutique de la terpine.

N. 47. — *Pollosson Maurice.* L'opération Gayet Létiévant, dite d'Estlander.

N. 48. — *Gayet.* Du chlorhydrate de cocaïne dans la chirurgie oculaire. — *Weill.* De l'apomorphine dans certains troubles nerveux. — *Masson.* La filaire dans le sang de la caille. — *Bournet A.* De l'anthropologie criminelle en Italie.

N. 49. — *Gungolphe Michel.* Contribution à l'étude des localisations

osseuses de la syphilis tertiaire; de l'ostéomyélite gommeuse des os longs (N. 50, 51, 52). — *Mayet.* Résumé des principaux faits du choléra observé a Vogué, Ruoms, Lavilledieu et Saint Pons (Ardêche).

N. 50. — *Mollière D.* Nouveau mode de traitement des fistules parotidiennes (injections graisseuses).

N. 51. — *Bonzol.* Grossesse extra-utérine; expulsion naturelle de l'enfant à travers les parois abdominales. — *Doyon.* Effets de la responsabilité médicale.

N. 52. — *Guinand.* Observation de déviation du rhytme cardiaque avec pouls lent et crises épileptiformes syncopales.

Il Morgagni (Napoli).

Settembre. N. 9. — *Caccioppoli G.* Sulla cura addominale delle ernie addominali e sul trattamento dell'epiglocele strozzato. — *Ziino G.* In causa di parricidio. Studio freniatrico-legale. — *Pucci P.* Il trattamento della pneumonite febrinosa. — *Romano C.* Il raddrizzamento brusco e la ostetomia rispetto agli altri mezzi di cura del ginocchio valgo (N. 10). — *Pomilio F.* D'una rottura dell'utero nel sopraparto e della morte delle puerpere dopo il rivolgimento senza cause apprezzabili. — *Cantani A.* Quistione del giorno. Nota sul cholera a Napoli.

Ottobre. N. 10. — *Chirone V.* Studii critici e sperimentati intorno alla epilessia tossica. — *Spadaro C.* Una quarta nefrectomia eseguita dal Prof. A. D'Autona. — *Scibelli C.* L'autotrasfusione in ostetricia. — *Andronico C.* La sifilide in rapporto alle psicopatie. — *Gentile G.* Estrazione d'un osso dalla parte inferiore della faringe dopo cinque giorni. — *Cantani A.* Quistione del giorno. I.° La reazione del sangue nel colera. II.° L'acido tannico ed il bacillo virgoliforme.

Novembre-Dicembre. N. 11-12. — *Maglieri C.* Di una rara forma di cistite, contribuzione clinica alla patologia dei morbi vescicali. — *Garofalo G.* Sulla importanza della via intestinale e dello eutoroclismo per l'assorbimento dei sali di chinina. — *Romano C.* Il raddrizzamento brusco e la osteotomia rispetto agli altri mezzi di cura del ginocchio valgo. — *Tedeschi G.* La pneumonite qual morbo da infezione. Contribuzione clinica. — *Piccoli G.* Sei pustole maligne sviluppatesi successivamente in cinque giorni al braccio dello stesso individuo. — *Titomanlio A.* Un caso di scarlattina anomala. — *Pucci P.* Il trattamento della pneumonite fibrinosa. — *Musso G.* Contribuzione allo studio della cefalea oftalmica. — *Serafini A.* Terapia del saturnismo cronico e ricerche sull'eliminazione del piombo per le urine specialmente sotto l'azione della corrente continua. — *Reale E.* Intorno all'ipodermoclisi nel cholera. Considerazioni in quattro osservazioni cliniche. — *Chiaradia E.* Storia di un caso di cholera. — *Cantani A.* Ancora sull'ipodermoclisi ed euteroclisi nel cholera. — *Rodini.* Sulla cura del cholera. — *Maglieri.* La recrudescenza del cholera in Napoli nei primi giorni di Ottobre.

Medical News (Filadelfia).

N. 10. Settembre. — *Lawson Tait.* An Address on Abdominal Surgery. — *Green Edward H.* Medical Report on the condition of the Survivors of the Greely Party, when Rescued by the Relies Squadron.

N. 11. — *Bartolow Roberts.* Typho-malarial Fever. — *Mc Graw Theodore A.* On the Malignant Metamorphosis of Diseased Tissues. — *Bigelow Horatio R.* Direkt application of the Galvanic Current in Salpingitis. — *Dandridge N. P.* Extraction of a Bullet from the Urethra; Two Cases of Exsternal Perineal Urethroomy.

N. 12. — *Duhring Louis A.* Syphiloderma, Lepra, Framboesia, Pellagra, Epithelial Cancer, Sarcoma, Lymphangioma, Myoma, Dermatalgia, Pruritus. — *Shepherd Francis J.* A case of Sarcoma of the Skin and Cellular tissue about the Ankle, with Remarks. — *Manning Simons.* Laparotomy, with Removal of a Cystofibroma of the Uterus and a Small Cyst of Broad Ligament, Together with both Ovaries and Fallopian Tubes. — *Goodwillie D. H.* The Antrum of Highmore, and some of its Diseases.

N. 13. — *Lawson Tait.* Abdominal section in disease of the uterus, or of the uterine appendages. — *M. Sherry Richard.* Notes on chlorine and its combinations. — *Roberts John B.* A presumable ether-death from heart failure. — *Wilsman P. L.* Case of death following the inhalation of chloroform. — *Kolipinski Louis.* A treatment of scrofulous conjunctivitis, associated with nasal catarrah.

N. 14. — *Van De Warker Eles.* Versions and Flexions of the unimpregnated uterus (N. 15). — *Mackenzie John N.* Some notes on the pathology of intranasal inflammation. — *Estes W. L.* Unique case of abdominal iniury. — *Mereur Wm. H.* Statistical account of the capital amputations performed at the Western Pensylvania Hospital from January 1874 to January 1884.

N. 15. — *Cohen Solomon Solis.* Continuous inhalation as practised with the yeo respirator, wo year's experitme. — *Persh Bernard.* On the treatment of tapeworm.

N. 17. — *Van De Warlzer Ely.* Versions and flexions of the unimpregnated uterus. (N. 25). — *Babcock Robert H.* A remerkable case of complete dexiocardia. — *Cocks D. C.* Cocaine as local anaesthetic in ophtalmic practice. — *Marcy Alexander.* Diffuse inflammation of areolar tissue of penis and scrotum in a child of two weeks old. — *Sutton R. S.* Five cases of supravaginal hysterectomy; 3 recoveries.

Novembre, N. 18. — *Bryant Thomas.* The guiding principles of operative surgery. — *Stimson Lewis A.* An inquiry into the use of the ligature in the treatement of aneurism. — *Sutton R. S.* Observations im one hundred and thirty-seven abdominal sections. — *Stone F. S.* A case of fracture of the pelvis treated by the plaster bandage.

N. 19. — *Duhring Louis A.* Parasites. — *Shakespeare E. C.* Clinical

report on some uses of muriate of cocaine in ophtalmic practice. — *Levis R. J.* Local anaesthesia by the hydrochlorate of cocaine. — *Thomson W.* Use hydrochlorate of cocaine as a local anaesthetic in ophtalmic surgery.

N. 20. — *Meigs Arthur V.* A new method of macking a hydrostatic test of the mitral and tricuspid valves. — *Delfield Francis.* The pathology of broncho-pneumonia. — *Hull George S.* Large doses of quinine in the treatment of typhoid fever. — *Colen Solis S.* Erythroxylon Coca in the throat.

N. 21. — *Gaillard Thomas P.* An address in obstetrics and gymecology. — *Bartholow Roberts.* Permanganate of potassium: its action ad uses. — *Clarck C. F.* The hydrochlorate of cocain as an anaestetic in eye surgery. — *Duhring Louis A.* Preliminary note on the relation of dermatistitis herpetiformis to herpes gestationis and other similar forms of disease. — *Pierson William..* Removal of epulis weighing fine and half ounces, and measuring ten and three-eights inckes in circumference.

N. 22. — *Flint Austin.* Remarks on medicinal and non medicinal therapeutics an address, ecc. — *Harlan George C.* Case of hysterical monocular blindness, vith violent blepharospasm and mydriasis:äll relieved by mëntal impression. — *Lefferts George M.* Hydroclorate of cocaine in laryngeal phtisis. — *Vinslow Randolph.* A case of procidentia uteri treated by shortening the round ligaments, combined with kolpoperinorrhaphy.

Dicembre, N. 23. — *Goodell William.* The nerve-couterfeits of uterine diseases. — *Michael J. E.* A case of subspinous dislocation of the umerus Reduction on the fifty-ninth day. — *Castle Charles H.* Observations upon the hydrochlorate of cocaine, with some special studies upon its effect on accommodacton. — *Girard A. C.* Antipyrin. The new antipyretic.

N. 24. — *Tait Lawson* American notes. *Da* — *Costa F. M.* Some observations on the use of the use of the hydrochlorate of cocaine, especially its hypodermic use. — *Cocks D.* Cocaine as a local anaesthetic in enucleation of the eyeball.

N. 25. — *Sajous Charles E.* Hydrochlorate of cocaine in the treatment of nasal affections. — *Persh Bernard.* On the methods of testing for albumen ind urine — *Kolipuischi Louis.* Subpleural ecchymosis of the pericardium, produced mecanically as a complication of rickets.

N. 26. — *Weir Robert. F.* Remarks on exitirpation of the kidney, with cases of nephrectomy for pyonephrosis; and nephrotomy for rupture of the kidney. — *Kelly A.* On the anaesthetic use of the hydrochlorate of cocaine upon parts of the other than the eye.

Progrès médical (Parigi).

N. 36. Settembre. — *Monod Ch.* Traitement du bec-de-lièvre (N. 37). — *Balzer F.* Note sur les altérations du tissu élastique dans le xanthélasma.

N. 37. — *Pitres A.* Des crises clitoridiennes au début on dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive.

N. 38. — *Marie P.* Attaques hystériques ayant, par leur nombre et leur durée, simulé l'état de mal épileptique. — *Terrillon.* De la cystite tuberculeuse. Leçon recueillie par M. le D. *Routier.*

N. 39. — *Comby.* Note sur l'énanthème de la varicelle. — *Zambaco.* Des exhaltations religieuses en Orient. — *Broca.* Sur un pied creux talus.

N. 40. — *Leloir H.* Recherches sur la nature de lupus vulgaire. — *Bouteillier.* Du traitement du tétanos traumatique et de la chorée par les applications d'éther pulvérisé sur la colonne vertébrale. — *Chautemesse.* L'institut d'hygiène à Munich.

N. 41. — *Routier A.* Note pour servir à l'histoires des du péroné. — *Rousses J.* De la transfusion directe du sang vivant (N. 42). — *Lumbroso Giacomo.* Sur la présence des micrococci pneumoniques dans la broncho-pneumonie de la rougeole (N. 42). — *Briccon.* Du Syphilicoccus.

N. 42. — *Mathieu Albert et Malibran.* Saturnisme; hémorrhagies cérébrale et bulbaire, hémiplégie et paralysie des extenseurs du même côté, etc. — *De la Tourette G.* Les médicaments de garde.

N. 43. — *Negel.* Oedémes ephémeres de nature arthritique. — *Marfan.* Obstruction intestinale; anus contre nature; mort. Volvulus causé par une bride péritonéale.

Novembre N. 44. — *Terrillon.* Infiltration d'une abcès urineux. — *Girode.* Rétrecissement du bassin, hydropisie de l'amnios, tumeur foetale. — *Valude.* Fibro-myome de la grande lèvre. — *Blanchard R.* Les sporozoaires (N. 49, 52).

N. 46. — *Berbez P.* Notes sur trois cas d'érythème à diagnostic douteux. — *Tuffier.* Coxalgie ancienne, abcès de l'osiliaque ouvert dans la vessie. Calcul vésicale sécondaire. — *Piquet Robert.* La pollution des rivières.

N. 47. — *Blocq.* Accidents determinés par une injections cloroformique sous-muqueuse. — *Varnier.* Prolupsus complet de l'utérus.

N. 48. — *Straus.* Leçons sur l'anatomie pathologique du choléra (N. 50). — *Terrillon.* Augiome sous cutané douloureux névralgie trifaciale. — *Bataille.* Ulcérations trachéales apres la trachéotomie. — *Eperon.* La cocaïne.

Dicembre N. 49. — *Abadie.* De l'ophtalmie virulente. — *Camuset.* Schlérose primitive des cordons de Goll. — *Babès.* Bacille en virgule du cholera. — *Monnier.* Grossesse exstra-uterine.

N. 50. — *Comby.* De la bronchite chronique chez les enfants. — *Testut.* Le müscle péronier du 5.° orteil chez l'homme. — *Yvon.* Coca et cocaïne.

N. 51 *Bar P.* Le basiotribe Tarnier; son mode d'emploi les résultat d'emploi les résultats qu'il permet d'obtenir (N. 52). — *Comby.* De la

bronchite cronique chez les enfants. — *Chantemesse.* L'urine normale toxique. — *Baratoux.* La cocaïne (N. 52). — *Leloir.* Clinique des maladiér cutanées et syphiliques (Leçons d'ouverture).

N. 53. — *Josias.* Du réflexe tendineux dans le choléra.

Raccoglitore Medico (Forlì).

N. 7. Settembre. — *Giorgieri C.* L'ipnotismo (N. 8). — *Barberini B.* Contribuzione alla cura della Pustola maligna. — *Dal Monte Carlo.* Lo zinco-solfo-ferrato nelle difterite.

N. 8. — *Bottari Alfonso.* Alcune proposte sulla cura del colera asiatico.

N. 9-10. Settembre-Ottobre. — *Mazzotti Luigi.* Tetano ed infezione da malaria. — *Giommi Mario.* Due anni di chirurgia. Quadri sinottici e brevi operazioni (N. 11).

N. 11. — *Montalti Ciro.* Risposta alla II.ª lettera del Comm. Luigi Bodio, Direttore della Statistica Generale, intorno alla Statistica Sanitaria degli Ospedali.

N. 12-13. — *Peruzzi Domenico.* Nota sulla 5.ª Centuria d'Ovariotomia in Italia, sulle operazioni affini e sulla Ooforectomia.

N. 14. — *Zampa Raffaello.* Giornalisti politici e scienziati sull'argomento del colera e della riforma sanitaria (N. 15). — *Ciaramelli Gennaro.* Tetano e iniezioni ipodermiche. — *Doni Aldo.* L'ago chirurgico del Ruggi.

N. 17. — *Lesi Vincenzo.* Un'operazione del Porro. — *Pasini Domenico.* Del piede piatto.

Medical Record (Nuova York).

Settembre, N. 10. — *Green Edward H.* — The Medical History of the Cases of the Survivors of the Lady Franklin Bay Expedition. — *Scudder Martyn H.* Treatment of Cholera in India. — *Buck Albert H.* — Large Doses of Potassium or Sodium Jodide in Sudden Deafness of Supposed Syphilitic Origin. — *Judkins William.* Hay Asthma; Can it be Relieved?. — The Discussion on Cholera and the Comma-Bacillus in the Berlin Conference. — *Newcomb J. E,* A Case in which all the Signs and Symptoms of Aortic Aneurism were Simulated by an Enormously Dilated Heart. — *Dwight Francis M.* Report of the Case of Yellow Fever in New York.

N. 11. — *M. Lean Leroy.* Successful Oesophagotomy for the Removal of Foreign Bodies. With five Illustrations. — *Wallian Samuel S.* On the Preparation and Use of Oxygen and its Congeners as Remedial Agents. — *Binnie John.* A Plea for the Artificial Feeding of Infants with Cows' Milk. — *Stickler J. W.* A Case of traumatic Tetanus Cured by the Internal and Local Use of Sulphate of Morphine. — *Peters John C,* On Muriate of Lime. — *Crothers T. D.* Acute impulsive Inebriety.

N. 12. *Bodenhamer William*, The Rectum considered as a Receptacle for the Gradual Accumulation and Retention of the Excremental Matter. — *Smith Andrew H.* On the Tolerance of Corrosive Sublimate in Small and Frequent Doses. — *Wyman Hal C.* The Use of the green Leaves of the Datura Stramonium in the cure of Painful Joint Affections.

N. 13. — *Mundé Paul F.* A successful case of arrest of tubal pregnanos by galvanism. — *Horwitz Norrs Lloyd.* Typhus fever, as it occured in an epidemic at the Pdiladelphia Hospital, with a condensed report of nineteen cases. — *Zenner Philip.* Cerebral localization; the centres for vision. — *Reynolds Walter B.* A case of poisoning by Podophyllum peltatum. — *Free Spencer M.* Hysteria in male.

N. 14. *Bosworth F, H.* The three tonsils; some practical suggestions in regard to their structure, function, and diseases. — *Fowler George R.*, two cases of neurectomy for the relief of facial neuralgia. — *Stimson Lewis A*, Laparomyomotomy, Report of two cases successfully treated in a general hospital. — *Page A. C.* Antiseptic midwifery. — *Sexton Samuel*, Pain in the ears due to irritation to the jaws.

N. 15. *Spitzka E. C.* Contributions to the anatomy of the lemniscus (N. 16, 17, 18). — *Hunter James B.* Some points on theuse of heat cold in terapeutics. — *Kinnicutt Francis P.* A rare form of lobar pneumonia; tubercolons cropous lobar pneumonia. — *Edson Benjamin* Morphia in cardiac disease. — *Harris M. L.* Case of congenital diaphgamatic hernia. — *Korthright James L.* Case of rupture of the diaphgram.

N. 16. — *Mackenzie* e *John N.* Coryza vasomotoria periodica (*Hay Asthma*) in the Negro. — *Smith Samuel W.* Danger from Plasterfo-Paris Jackets. With a description of the woven-wire Jacket. — *Elliot A. A.* A curious injury from a Pitchfork. — *Wendt C. Edmund.* Some remarks on the association of tuberculosis and acute pneumonia.

N. 17. — *Sternberg Georg.* Disease germs. — *Lincoln R. P.* Naso pharyngeal fibro-sarcome removed with galvano-cautery écraseur. — *Stone R. M.* A unique glass nound, Successful ligation of the left common carotidartery and internal jugular vein. — *Zenner Philip.* Cerebral localization, the centres for vision. — *Knapp H.* Hydrochlorate of cocaine; experiments und application. — *Roosa John.* The new local Anaesthetic.

Novembre N. 18. — *Weber Leonard.* On the nervous origin of some disorders of the alimentary canal. — *Peck Edward S.* Mineral astringents and caustic in ophtalmic practice. — *Riley A. Henry.* The laws of dissection. — *Fuller S. E.* and *Browning William.* Pseudo-bulbar paralysis, Bilateral apoplexy of the lenticular nuclei, simulating lesion in the floor of fourth ventricle. — *Polch.* Hydrochlorate of cocaine es a local Anaesthetic in Gynecology.

N. 19. — *Earle Warrington Charles.* Cirrhosis of the pancreas. — *Williamson.* Yellow fever at Panama. — *Stickler J. W.* The therapeu-

tic value of a sea voyage in certain cases of chronic diarrhoea. — *Rockwell*. The induction coil, its varieties and the differential indications for their use.

N. 20. — *Bosworth F. H.* A neu therapeutic use for cocaine. — *Hepburn*. Some notes on hydrochlorate of cocaine. — *Baruch Simon*. Tracheotomy in croup and diphteria. — *Zenner Philip*. Cerebral localization; the centres fur vision. — *Morris H. Henry*. History of a case of fistule in ano occompanied with incontinence of urine of several year's standing. — *Pinkney Howard*. Natural sulphur-waters and their therapeutical application.

N. 21. — *Sohnlin Charles*. Some more experiences with jequirity. — *Sheardown*. The treatment of dyspepsia by hot water. — *Brown Wood*. Dead teeth in the jaws. — *Major Georg W.* Buccal breating. Its causes, serious consequences, prevention and cure.

N. 22. — *Wendt C. Edmund*. The approoch of the cholera and the necessity of bacterioscopy. — *Shrady George F.* Cases of strangulated hernia with remarks on treatment. — *Goldsmith Middleton*. Some new facts and considerations in the diagnosis of cancer of the stomach and cancer of the pancreas. — *Andrews Joseph A.* Jequirity ophtalmia.

Dicembre. N. 23. — *Dana C. L.* Concussion of the spina and its relations to neurasthenia and hysteria. — *Page Channing M.* Lead poisoning. — *Willie Gill W.* Vomiting in pregnancy. — *Riley Henry A.* The law governing the compensation of physicians.

N. 24. — *Wuter E. Joseph*. Is the operation of tracheotomy in diphteric croup dangerous? When should the operation be performed? *Jarvis Chapman William*. Cocaine in intra-nasal surgery. — *Knapp H.* Further observations on the use of cocaine.

N. 25. — *Weisse Faneuil D.* Do we produce avoidable pain and complications in the diagnosis and treatment of stricture consecutive to gonorrhoeal urethritis? — *Sexton Samuel*. On the necessity of providing for the better education of children with defective hearing in the public schools. — *Wendt C. Edmund*. Chronic pneumonia, phthisis and miliary tuberculosis in the light of recent discoveries. — *Spitzka. E C.* An anomaly of a vertebra, with a suggestion regarding the causation of certain forms of spinal irritation.

N. 26. — *Case Meigs*. Spinal disease and spinal curvature. — *Minor James L.* A case of cysticercus in the vitreous. — *Robbins C. W.* A new method of making intravesical injections, and its value in the treatment of cystitis. — *Baldwin Benjamin I.* The immunity of the Negro from trachoma. — *Palmer J G.* Treatment of chronic hydrocephalus by tapping; a successful case. — *Kales J. W.* Substitutes for Sayre's Plaster of Paris Jackets.

Revue de Chirurgie (Parigi).

Settembre, N. 9. *Charpy*. Des variétés chirurgicales du tissu osseux.

— *Charvot (fine).* De la tuberculose chirurgicale. — *Kirmisson et Verneuil.* Études critiques sur quelques points de l'histoire des néoplasmes.

Ottobre, N. 10. — *Berger P.* Sur une variété de fausse réduction des hernies. (N. 12). — *Ferrier F.* Tumeur hypertrophique de la rate, splénotomie, mort par hémorragie. — *Schwartz E.* Faits pour servir à l'histoire de l'influence du traumatisme sur les diathèses. — *Tuffier.* Polyurie et hémianopsie d'origine traumatique. (Fracture du crane).

Novembre, N. 11. — *Vincent.* Récherches expérimentales sur le pouvoir osteogène de la moelle des os, et notes toxicologiques — *Deschamps E.* Plaie de l'éstomac par arme à feu.

Dicembre 12. — *Nicaise.* Des amputations sous-périostées. — *Sklifosowsky.* Opération ostéoplastique sur le pied d'après le procédé de Wladimiroff.

Revue de Médécine (Parigi).

Settembre, N. 9. — *D'Espine A.* De l'accumulation des sels de potasse dans le sérum pendant l'attaque d'éclampsie. — *Sée Germain et Mathieu A. (fine).* De la dilatation atonique de l'éstomac. — *Letulle M.* Note sur un cas d'épanchement chyliforme du péritoine. — *Ollivier A.* Deux épidémies de varicelle à Paris. — *Gaucher E. et Boursier A.* Infection purulente d'origine puerpérale chez l'homme. Guérison. — *Cherwosky.* Des thermonévroses, contribution à l'étude des névroses vasomotrices.

Ottobre, N. 10 — *Demange C.* Contribution à l'étude des scléroses médullaires d'origine vasculaire. — *Lépine et Guérin.* Sur la présence des alcaloïdes toxiques dans l'urine et dans certains liquides pathologiques. — *Martin H.* De la scrofule; rapports anatomiques et chimiques de la scrofule avec la tubercolose. — *Vinay M.* De l'incubation de la variole. (N. 11, 12).

Novembre, N. 11. — *Bouchard.* Traitement antiseptique des malades infectieuses aigues. — *Pitres.* Considérations sur l'agraphie à propos d'une observation nouvelle d'agraphie motrice pure. — *Sabourin Ch.* Les adénomes hémorragiques du rein. — *Héricourt.* La constitution médicale cholérique. — *Lépire T.* Sur l'albuminurie dyscrasique.

Dicembre, N. 12. — *Déjerine.* Recherches des bacilles dans la tuberculose calcifiée et caséo-calcifiée. — *Colrat.* Contribution à l'étude du Pemphigus épidémique. — *Tripier.* Des deviations du rythme cardiaque associées à l'épilepsie, à la syncope. — *Landouzy et Siredey Arm.* Hémiplégie faciale inférieure gauche. Épilepsie hémiplégique gauche. Apyrexie. Accès convulsifs gauches subintrants survis de paralysies gauches. Fièvre. Mort. Autopsie. Difficultés de diagnostic avant et après la mort.

Revue générale d'Opthalmologie.

Ottobre, N. 10. *Meyer E.* L'anesthésie locale de l'oeil par la cocaïne.

Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest. (Bordeaux).

Settembre, N. 19-20 — Le 5.me Congrès international d'Hygiène de la Haye.

N. 21. — Le marche en avant des institutions sanitaires en France. La réorganisation du Comité supérieur d'Hygiène. — *Bertillon J.* La section de démographie au Congrés international d'hygiène à la Haye. — *Layet.* Les consequences sociales de l'alcoolisme.

N. 22. — *Layet A.* Le Portugal et les quarantaines. — Rôle de l'air et de l'eau dans la transmission des maladies infectieuses. De la similitude des symptômes entre le choléra et certains accidents d'empoisoinnement par les aliménts alterés, à propos du cas de la foire de Bordeaux. Les chemins de fer considérés au point de vue de l'hygiène publique et professionelle. — *Pascal.* Des principales maladies existentes à Bordeaux et leur mortalité. (N. 23).

N. 23. — *Drouineau.* La réorganisation du Comité consultatif d'hygiène publique. — *Layet.* Considération sur cetteré organisation. Enquête sur la véritable origine du choléra épidémique transmissible, opinion des hygiénistes autorisés de l'Europe.

Revue des Sciences médicales. (Parigi).

Ottobre. — *Barth H.* La pneumonie est elle une maladie infectieuse?

Rivista clinica di Bologna.

Settembre N. 9. — *Galvagni.* Studio statistico sul vaiolo. — *De Giovanni.* Alterazioni della vena cava ascendente complicante la cirrosi epatica primitiva e la cirrosi cardiaca. Contribuzione alla fisio-patologia della cava ascendente (N. 10). — *Magni.* Il cholera. — *Canali.* Nota clinica, sopra l'itterizia e l'emoglobinuria.

Ottobre N. 10. — *Mussi.* Sulla malattia del Friedreich. (Atassia locomotrice ereditaria). — *Cecoherelli.* La gastrostomia nei restringimenti dell'esofago.

Novembre N. 11. — *Bianchi.* L'ascoltazione stetoscopica della percussione. — *Pinzani.* Condotta che deve tenere l'ostetrico presso un'incinta morta o per tale ritenuta. — *Galvagni.* Studio statistico sul vaiolo (N. 12).

Dicembre N. 12. — *Ughetti.* Contribuzione allo studio della epatite suppurativa in Italia. — *Brancaccio.* Alcune considerazioni sulle ricerche dell'albumina nella saliva e nella bile degli albuminurici, di Matilde Dessables. — *Gotti.* Il jequirity nella Clinica oculistica di Bologna.

Rivista clinica dell'Università di Napoli

N. 9-10 Settembre Ottobre. — *De Renzi Errico.* Sul diabete mellito. — *Cardarelli A.* Bronco-pulmonite con infiltramento esteso del lobo superiore e porzione del medio, possibile caseificazione centrale, enfisema pulmonare a sinistra, aderenze pleuriche.

Rivista internazionale di Medicina e Chirurgia (Napoli).

N. 8-9 Agosto e Settembre. — *Petteruti G.* Note cliniche e terapeutiche relative ai morbi delle vie respiratorie ed ai diversi rimedii e metodi curativi al proposito sperimentati. — *Meola F.* (N. 11). Sulla struttura degli involucri del feto umano. — *Pensato F.* (fine). Contribuzioni sperimentali sull'azione dei purganti. — *Spasiano G.* L'Hamamelis Virginica.

Ottobre N. 10. — *Morisani D.* Contribuzione allo studio delle localizzazioni cerebrali. Emianestesia da trauma. Trapanazione del cranio. — *Caruso F.* Di una metamorfosi ialina dei corpi lutei. Studio anatomo-patologico.

Novembre N. 11. — *Ceci A.* e *Klebs T.* Sull'etiologia del cholera asiatico. — *Filia V.* Influenza della infezione palustre sul decorso della pneumonite.

Dicembre N. 12. — *Andronico C.* Sull'atrofia muscolare progressiva. — *Cannizzaro O.* Un caso di ano contro-natura guarito coll'enterotomia.

Rivista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale (Reggio-Emilia).

Fasc. III. — *Baistrocchi.* Sul peso specifico dell'encefalo umano, sue parti del midollo spinale e sulla determinazione quantitativa della sostanza bianca e grigia. — *Rovighi* Sclerosi multipla del midollo spinale complicata a micosi. — *Tambroni.* Contributo allo studio della temperatura negli alienati. — *Morselli.* Sulla dinamografia e sue applicazioni al diagnostico dei disordini motori nelle malattie nervose. — *Tanzi* e *Riva.* La Paranoia. Contributo alla teoria delle degenerazioni psichiche. — *Marchi.* Sulla struttura dei talami ottici. — *Tambroni.* Sull'azione fisiologica e terapeutica della *Trinitrina* e della *Piscidia eritrina.* — *Pellacani.* Sulle sostanze coloranti nelle putrefazioni e sulla decolorazione dei tessuti putrefatti. — *Tamassia.* Contribuzione allo studio medico-forense dei traumi sull'addome. — *Virgilio.* In causa di doppio omicidio con uxoricidio. — *Tamburini.* Contributo allo studio medico-legale della dipsomania e dell'alcoolismo.

Rivista Veneta di Scienze Mediche (Venezia).

Fasc. III. (Settembre). — *Xydias P.* Sull'ascesso polmonare quale esito della pneumonite fibrinosa. — *Dozzi G.* Dodici applicazioni di emoenteroclisma e due trasfusioni intra-peritoneali. — *Calimani G.* Di un caso di prolasso di utero inverso in seguito a parto precipitoso.

Fasc. IV. Ottobre. — *Cavagnis V.* Sarcoma parvocellulare multiplo per la massima parte malanotico dell'encefalo, del midollo spinale e della pia meninge, e melanosi di questa. — *Lussana Felice.* Storia di due cisti ovariche e guarite, una coll'estirpazione, l'altra col drenaggio.

N. 5 Novembre. — *Miliotti Domenico.* Sui casi leggieri od incom-

pleti della malattia di Basedow. — *Massalongo Roberto.* Della malattia di Friedreich. — *Vecelli.* Ipodermoclisma.

N. 6. — *Massalongo Roberto.* Dell'arterite cronica generalizzata, studio patologico-clinico. — *Fiorani Giovanni.* Corpo mobile nell'articolazione del ginocchio sinistro. Estirpazione, guarigione. — *Cantilena Paolo.* Tumore mediastinico. Diagnosi dubbia d'aneurisma della parte concava dell'arco aortico.

Schmidt's Jahrbücher (Lipsia).

N. 6. — *Möbius Paul Julius.* Ueber verschiedene Formen der Muskelatrophie nach neuern Untersuchungen.

N. 8. — *Lütich B.* Beiträge zur Kenntniss innerer Anevrysmen.

N. 9. — *Möbius Paul Julius.* Beiträge zur Lehre von den Nervenkrankheiten. Neure Beobachtungen über die Tabes.

N. 10. — *Blau Louis.* Ueber Diabetes mellitus.

Lo Sperimentale (Firenze).

N. 9 Settembre. — *Pellizzari Celso.* Nuovo contributo allo studio delle eruzioni iodiche. — *Gaglio Gaetano.* Sull'auto-digestione. — *Soldaini G.* Cura radicale di un prolasso della mucosa rettale. — *Montalti A.* Nota critica sulle ricerche sperimentali intorno ai disturbi nervosi consecutivi all'asfissia prodotta dai vapori di carbone. — *Petrone L. M.* La peritonite cronica semplice.

N. 10 Ottobre. — *Petrone L. M.* Ricerche sperimentali sulla natura della lebbra e del lupo. — *Id.* Sulla patogenesi di alcune dermatosi. — *Lumbroso G.* Sulla non esistenza di micro-organismi nel sangue dei morbillosi e sul microorganismo della broncopolmonite di alcune malattie infettive. — *Ferreri G.* Un caso raro di ernia ombellicale. — *Bompiani A.* Un caso di cisti intraligamentosa a lunga base nella metà destra del pavimento pelvico. Ovariotomia incompleta, guarigione. — *Cannizzaro R.* Contribuzione alla sutura dei tendini nell'uomo. — *Bianchi A.* Antipirina e cairina.

N. 11. — *Cantieri Alessandro.* Gravidanza anomala espulsione di un feto in frammenti ossei per macerazione nell'utero. — *Cimbalo.* L'eredità nella tisi polmonare. — *Federici Epaminonda.* — Analisi di un avvelenamento per resorcina e alcuni esperimenti sulla medesima. — *Vanni L.* Resultati della necroscopia in un individuo già affetto da amnesia verbale. — *Ferreri G.* La metodica apertura della mastoide.

Dicembre N. 12. — *Fenoglio I.* Epilessia. Lesione della zona motoria destra. Trapanazione. — *Brigidi V.* Contributo alla conoscenza della degenerazione jalina. — *Angelucci.* Contribuzione alla fisiologia della corteccia del cervello. — *Mariotti U.* e *Ciarrocchi G.* Sulla trasmissibilità dell'infezione da malaria. — *Tafani Alessandro.* Conformazione variata e simmetricamente ripetuta di molti muscoli brachiali nell'uomo.

Union médicale (Parigi).

Settembre. N. 125. — *Besnier J.* (fine). Accidents cérébraux et accès pernicieux sporadiques.

N. 127. *Feflaive E.* — Note sur un cas de contuison du plexus brachial avec oblitération de l'artère axillaire, par suite d'un traumatisme de l'épaule.

N. 128. *Notta Maurice.* — De la recherche de la morphine dans l'urine des morphiomanes.

N. 130. *Longuet R.* — Le pouls lent bulbaire.

N. 131. *Millingen.* — Sur un cas de contraction des muscles droits internes avec myosis.

N. 132. *Dehenne A.* — Du glaucôme infantile et de sa transformation en glaucôme d'adulte.

N. 134. *Eloy Ch.* — L'asthme, la fièvre et le catarrhe des foins.

N. 136. *Eustache G.* Parallèle entre l'opération césarienne et l'opération de Porro.

N. 137. *Eloy Charles* et *Huchard Henri.* — De l'action antithermique des alcaloides du quebracho aspidospermine, québrachine, hypoquébrachine, aspidospermatine).

N. 138. *Réal L.* — Traitement rationnel de la fièvre typhoide.

N. 139. *Le Gendre Paul,* Humbles réflexions à propos du traitement des pleurèsies.

Ottobre. N. 140. *Ch. E.* — L'alcoolisme chronique expérimental.

N. 142. *Gondouin Alfred.* — Paralysie histérique; métalloscopie et métallothérapie interne.

N. 143. *Terrier.* — Kyste ovarique multilocularie suppurée. État cachectique. Ovariotomie. Guérison.

N. 144. Le *Le Gendre Paul.* — Perplexités relatives au traitement de la pleurésie aigue. — *C. L. D.* L'épidémie cholérique de 1884 (N. 148, 151, 156, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 169, 175.

N. 145. *Richelot.* — Abcès chauds et pansement de Lister.

N. 146. *Leudet E.* De la curabilité de l'artérite syphilitique.

N. 147. *Judet A.* — De l'emploi de la peptone phosphatée dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

N. 148. *Notta Maurice.* — De la tuberculose respiratoire et de sa prophylaxie.

149. *Duché.* — Étude sur l'action du choléra selon les zones géolo; givues du sol.

N. 150. *Terrier.* Fibromyome de l'ovaire. Ovariotomie; guérison.

N. 151. *Ollivier Auguste.* — Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétiques. — A propos du choléra parisien; l'autonomie du corps médico-chirurgical des Hopitaux de Paris.

N. 152. *Thoreus Henri,* Des déformations douloureuses du pied par impotence musculaire.

N. 153. *Apostoli G.* Sur la faradisation utérine double ou bipolaire.

N. 155. *Chrétien Honoré.* — Procédé opréatoire commun à la ligature des artêres retro-pelviennes.

N. 156. *Eloy Ch.* — Des cardiopathies chez l'enfant.

N. 157. *Vigot.* — Insuffisance mitrale. Hémorrhagie dans le pancréas. Rupture de l'artère spléniques. Mort rapide.

N, 158. *Longuet.* — La pneumo-typhoïde.

N. 159. *Ferrier F.* — Le choléra à l'hopital Bichat.

N. 160. — *P. L. G.* La scrofule est autre chose que la tuberculose. — *X. I. Z.* A propos des choléra; c'è qu'on boit dans nos hopitaux.

N. 161. *Trousseau,* Action du chlorhydrate de cocaïne sur l'oeil. — *Gibier Paul,* Contribution à l'etude étiologique du choléra.

N. 162. *Petit H.* — Sur l'étiologie de la scarlatine hé mowhagique. — *E Ch.* La thérapeutique algérienne et le traitement de Maillot.

163. *Poluillon.* — Plaie pénétrante du pericarde par une balle de revolver.

164. *Loewenberg.* — De la nature et du traitement de l'ozène (N. 167 e 170).

N. 165. *Le Gendre Paul.* — Traitement de divers pleurétiques (N. 167).

N. 166. *Richelot. L. G.* — Plaie et suture des tendons fléchisseurs de l'index dans leur gaine digitale. — *Auvard,* Du seigle ergotè en obstètrique. — *Lasniée. E.* De la créosote de hêtre aśsociée au baume du tolù et au goudron de Norwège.

169. *Huchard H.* Recherches thérapetiques sur un nouvel antipyrétique « l'antipyrine » (172).

Dicembre. N. 173. — *Deniau Lucien,* De l'embolie graisseuse (dalla memoria di Rowel Park).

N. 174. *Saint Donat.* — Observation d'une prétendue grossesse d'homme (inclusion scrotale) N. 177.

N. 176. *Sée G.* — Indications comparatives dans les broncho-pneumonies et les pneumonies. — *Gueneau de Mussy Henri,* Contribution à l'étude de l'historique de la fiévre typhoide.

N. 175. — *Terrier,* Kyste ovarique droit. Ovariotomie, guérison.

N. 178. - *David Louis.* Mutilation des organes génitaux.

N. 179. *Barth Henri.* — De la méningite pnéumonique.

N. 180. *Hardy.* — De la nature de la pneumonie.

N. 181. — *Panas.* — De l'anesthésie en chirurgie oculaire. — *Dentu David,* De la cocaïne.

N. 182. — *Hermet.* — Des altérations de l'onïe dans le rhumatisme blenorrhagique.

N. 183. *Millot Carpentier.* — Considérations médico-physiologiques sur un cas de morsure dè rate. — *Landowski Paul,* Note sur l'emploi du *Cascara Sagrada* (Rhamnus pursiona).

N. 184. *Notta Maurice.* — De la valeur diagnostique de la roséole typhoide dans les formes abortives de la dothinentérie.

Unione medica Egiziana (Alessandria).

Valassopulos. — Cinq cas de metastases rares au cerveau observées à l'hôpital grec.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

BIBLIOGRAFIA

INDICE

DELLA PARTE RIVISTA

Vol. CCLXX — 2.° Semestre — 1884.

Indice alfabetico delle sezioni

Indice alfabetico degli Autori

Indice alfabetico delle materie

A

B

C

D

E

F

G

I

L

M

R

S

T

U





FINE DEL VOLUME 270.